

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 9 (759) 21 сентября 2026 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



Без скальпеля и таблеток

➤ Стр. 10-12

Три врага сетчатки

➤ Стр. 19-21

Сладости и БАДости

➤ Стр. 24-26

Новый старт

В наркологическом отделении № 5 Алтайского краевого наркологического диспансера (АКНД) действует программа «Вызов», ориентированная на особую категорию пациенток — женщин с алкогольной зависимостью, воспитывающих несовершеннолетних детей. Ее суть — не просто избавить от тяги к алкоголю, а создать условия для возвращения женщины в семью и восстановления ее роли как опоры для ребенка.

Подход к реабилитации здесь комплексный: помимо медицинской помощи, большое внимание уделяют психологической и социальной поддержке. В программу включены индивидуальные и групповые психотерапевтические сессии, арт-терапия, а также тренинги, помогающие освоить навыки саморегуляции и справляться со стрессовыми состояниями без употребления алкоголя.

Значимую часть работы составляет сопровождение со стороны социальных специалистов: они помогают наладить контакт с детьми и близкими, разобраться с бытовыми и юридическими сложностями, в том числе с вопросами, связанными с восстановлением родительских прав.

Для отслеживания динамики выздоровления в программе используют «график прогресса». Каждую неделю специалисты оценивают вовлеченность женщины в процесс реабилитации — ее активность на занятиях, соблюдение режима, проявление инициативы. Такой инструмент позволяет пациентке видеть собственные достижения, осознавать личный вклад в выздоровление и постепенно учиться брать на себя ответственность за свою жизнь.

Несмотря на сложность пути, возвращение к трезвости и воссоединение с семьей — достижимые и реальные цели.

Меньше алкоголя — больше здоровых лет



В Министерстве здравоохранения Алтайского края прошла пресс-конференция «Меньше алкоголя — больше здоровых лет: профилактика и помощь в Алтайском крае». Мероприятие состоялось в рамках Всероссийской недели сокращения потребления алкоголя и связанной с ним смертности и заболеваемости (7–13 сентября), а также приурочено ко Дню трезвости, который отмечается 11 сентября.

Работа по формированию культуры здорового образа жизни в регионе ведется в том числе в рамках национальных проектов «Продолжительная и активная жизнь» и «Семья». Они позволяют системно укреплять общественное здоровье: реализуются программы раннего выявления рисков, расширяется доступ к консультативной помощи, усиливается межведомственное взаимодействие.

В частности, в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» активно развиваются профилактические практики — от выездных акций мобильных комплексов до просветительских проектов Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Нацпроект «Семья» дополняет эту работу мерами, ориентированными на поддержку молодых семей и формирование здоровых привычек с раннего возраста.

Андрей Иванов, главный внештатный специалист психиатр-нарколог, главный врач Алтайского краевого наркологического диспансера, отметил положительную динамику в работе с подростковой аудиторией.

Татьяна Репкина, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава Алтайского края, главный врач Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, рассказала о сути профилактической работы.

Участники встречи подчеркнули важность комплексного подхода: от просветительских программ до системной медицинской помощи. Ключевая задача — создать условия, при которых осознанный выбор в пользу здоровья становится нормой, особенно среди молодежи и молодых семей.

80 лет - станции скорой медицинской помощи г. Бийска

В этом году исполняется 80 лет со дня образования станции скорой медицинской помощи города Бийска. Она была организована в 1946 году — в тяжелое послевоенное время.

Теперь это мощная медицинская структура для экстренной помощи, где трудятся почти 400 сотрудников. Ежедневно на дежурство заступает около 30 бригад, еженедельная нагрузка составляет более полутора тысяч вызовов.

На базе станции в сентябре 2023 года была организована Единая диспетчерская служба неотложной медицинской помощи жителям всего Алтайского края. Механизм оказался настолько эффективным, что его начали использовать и в других регионах России.

Фоторепортаж — на стр. 32 >>

Перинатальный центр «ДАР» — снова лучший в стране!



Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» одержал победу в ежегодной «Переключке перинатальных центров» по итогам 2025 года. Торжественное награждение состоялось в Сочи в рамках 20-го юбилейного Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии».

В конкурсе приняли участие 56 медицинских организаций со всей России. Перинатальный центр «ДАР»

занял первое место, набрав 80 баллов. Примечательно, что с учетом нынешнего года учреждение уже в третий раз становится победителем «Переключки» — это яркое подтверждение стабильности высоких результатов и профессионализма команды.

Оценку конкурсантам давала экспертная комиссия специалистов Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Работа центров анализировалась системно — по 80 критериям. В их числе: клинические показатели, организация работы, применение современных технологий, тактика ведения осложненных случаев, а также обмен опытом и обучение специалистов.

По словам главного врача перинатального центра Ирины Молчановой, «Переключка» — не просто конкурс, а объективный показатель эффективности работы. Победа в нем — доказательство того, что уровень оказания

медицинской помощи в центре соответствует самым строгим стандартам.

За каждой наградой стоит не просто удача, а кропотливая ежедневная работа всей команды: четкая организация процессов, внедрение передовых методик и индивидуальный подход к каждой пациентке. Коллектив центра «ДАР» неизменно придерживается высоких стандартов качества — именно это позволяет добиваться стабильных результатов и заслуживать признание на всероссийском уровне. Важную роль в развитии центра и укреплении института семьи играет участие в нацпроекте «Семья»: благодаря ему расширяется спектр программ сопровождения беременных, совершенствуются технологии оказания помощи будущим мамам и новорожденным, а также укрепляется материально-техническая база учреждения.

Новое издание «История детской хирургии Алтая»



Алтайский государственный медицинский университет и кафедра хирургических болезней детского возраста подготовили новое фундаментальное издание — «История детской хирургии Алтая». Авторами этой масштабной работы стали известные хирурги Юрий Тен, Дарья Елькова и врач-травматолог-ортопед Антон Метальников.

Главный вдохновитель проекта — Юрий Васильевич Тен, д. м. н., профессор, врач высшей категории, леген-

дарный алтайский хирург, спасший более 20 тысяч жизней.

— В хирургии нет мелочей, а в детской хирургии цена любого шага — это судьба ребенка. Нам действительно есть чем гордиться: сегодня детская хирургическая служба Алтайского края — одна из лучших в России. На страницах этого издания мы хотели сохранить имена именно тех, кто стоял у истоков нашей службы, и показать, какой огромный путь прошла детская хирургия Алтая. Мы отдаем дань уважения и признания коллегам, внесшим существенный вклад в ее развитие, и посвящаем наш скромный труд всем детским хирургам Алтая, — сказал Юрий Васильевич.

Ирина Шереметьева, ректор АГМУ, отметила:

— История детской хирургии Алтая — это не просто хронирование фактов, это дань глубокого уважения врачебному подвигу. Детская хирур-

гия занимает особое место: здесь невероятно высока цена детской жизни, ведь за спиной каждого маленького пациента всегда стоит его семья. Спасая одного ребенка, врачи спасают целую семью, возвращая в дом надежду и счастье. Данное издание демонстрирует непрерывность традиций, высокую научную школу АГМУ и преемственность поколений. Книга станет неочевидным ориентиром для студентов, ординаторов и молодых врачей, выбравших этот самый сложный и благородный путь.

Издание вышло небольшим тиражом, но прочитать его могут все желающие. Книга доступна в библиотеке АГМУ по адресу: ул. Папанинцев, 126; на кафедре хирургических болезней детского возраста — при обращении к авторам издания (все контакты и координаты указаны на официальном сайте АГМУ и на странице кафедры).

«Был вариант пойти не в медицину»



Этим летом нескольким алтайским врачам были присвоены почетные звания «Заслуженный врач Российской Федерации». Один из награжденных – Александр Тимошников, заведующий неврологическим центром, врач-невролог Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи №2 имени З. С. Баркагана, представитель известной врачебной династии.

«Есть кому учить и кого учить»

Почетное звание Александру Викторовичу было присвоено «за развитие системы экстренной неврологической помощи и слаженную работу команды в критических ситуациях». Сам Александр Тимошников начал свой профессиональный путь в 1993 году, проработал 14 лет в городской

больнице №1 (нынешняя ККБСМП). В 2007-м был приглашен на должность заведующего неврологическим отделением горбольницы №11, а в 2022 году во время объединения больниц №11 и №12 в БСМП №2 занимался организацией неврологического центра и возглавил его.

Центр расположен в новом девятиэтажном корпусе и занимает там два этажа. Структура центра: инсульт-

ное отделение на 48 коек, отделение неврологии на 60 коек, реабилитационное подразделение с залом ЛФК, дневной стационар (расположен на другой базе). Сюда поступают, как правило, экстренные пациенты, доставленные службой скорой помощи, или неотложные, направленные врачами поликлиник.

– В отделениях двух больниц изначально были разные условия работы,

разные доктора и разные алгоритмы, которые не всегда соответствовали современным вызовам, – вспоминает Александр Викторович. – Нужно было наладить как вертикальное, так и горизонтальное взаимодействие. Мы строили работу на том, что не надо пациента с инсультом держать в непрофильном отделении, а необходимо перевести его в профильное. Зачем оставлять пациента с энцефалитом или синдромом Гийена – Барре в инсультном отделении, если есть общее. Сейчас мы отработали все эти ситуации и выстроили все процессы. Если пациент сложный, то мы проводим общие консилиумы, привлекая специалистов двух отделений. Врачи прошли серьезное обучение различным современным технологиям и методам диагностики и лечения. Осваиваем нейровизуализацию, УЗИ-навигацию, КТ-навигацию, магнитную стимуляцию, проводим ботулинотерапию уже на достаточно неплохом уровне.

Если в 2023 году в дневном стационаре мы начинали с 15 человек, то сейчас их в нем больше 80. В отделении общей неврологии мы серьезно продвинулись в теме лечения головной боли – то есть уже не лечим пациентов от энцефалопатий и остеохондрозов, а лечим их от первичных, зачастую осложненных головных болей, назначая адекватную терапию.

В инсультном отделении растет процент тромболитической терапии и сейчас составляет примерно 11%. К сожалению, у нас нет ангиографии с возможностью последующей тромбэкстракции (удаления тромба. – Прим. ред.), но мы четко работаем с региональным сосудистым центром Краевой клинической больницы и каждый месяц от двух до четырех пациентов переводим туда для проведения тромбэкстракции, а у себя в большинстве случаев успеваем сделать тромболизис.

В больнице открыли отделение ранней реабилитации. Это произошло с существенным нашим участием. Нас неплохо оснастили оборудованием, и осенью ожидается новая поставка тех аппаратов, которые нам действительно нужны. В частности, мы получим

новый электронейромиограф (аппарат для исследования нервно-мышечной системы и отслеживания нервных импульсов в мышцах), а также аппарат для стимуляции функции глотания, который нужен так называемым «недокармливаемым» пациентам, чаще всего с острыми нарушениями мозгового кровообращения, но иногда и с синдромом Гийена – Барре, миастенией, тяжелой энцефалопатией, деменцией, синдромом критических состояний, в частности, перенесшим сепсис. Надеюсь, что мы будем его очень широко применять в рамках отделения ранней реабилитации.

Цифры и факты

Ежегодно в среднем более **3600** человек проходит через центр неврологии БСМП №2. В том числе: около **2000** человек – через отделение неврологии, примерно **1450** – через инсультное отделение, **150-200** пациентов – через дневной стационар.

Обновился коллектив отделений: в инсультном процентов на 30, в общей неврологии – примерно на 60. Приходят молодые доктора, их нужно быстро и качественно обучить. Заведующие отделениями являются их наставниками, и я, чем могу, своим молодым докторам помогаю всегда.

Сейчас в двух отделениях работает 14 человек. Есть очень опытные врачи, как, например, заведующие отделениями **Татьяна Владимировна Карпова** и **Анна Викторовна Адлер**.

Конечно, неврология – специальность сложная, и при выборе между инсультным и неинсультным направлением молодежь реже выбирает инсульты. Это очень энергозатратно, ресурсозатратно, и не всегда тебе говорят «спасибо». Но тем не менее есть замечательные молодые доктора. В

общем, есть кому учить и кого учить.

Мы добились снижения длительности диагностического койко-дня. Стараемся диагноз ставить быстро, хотя это и не всегда получается. Отработали алгоритм диагностики пациентов со спондилодисцитами (воспалением межпозвонковых дисков и прилегающих к ним тканей позвонков) и передаем их, уже обследованных, либо в отделение травматологии-ортопедии №2 нашей больницы, либо в федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Процесс постановки диагноза стараемся сделать короче, потому что чем быстрее мы его поставим, тем раньше назначим лечение.

Конечно, проблем много, но мы стали лечить людей лучше и больше. А проблемы – общие: это старение населения, наличие сопутствующих заболеваний, много запущенных случаев, недостаточная приверженность лечению самого пациента и его ближайшего окружения. Но мы делаем то, что можем, и знаем, куда нам двигаться.

В ближайшие два года будем отработать направление ранней реабилитации с тяжелыми пациентами. Активно сотрудничаем с кафедрой неврологии АГМУ, с нейрохирургами Краевой клинической больницы, с федеральным центром и другими медицинскими организациями. Кроме того, ожидаем, когда откроется новое приемное отделение, и надеемся, что оказание медицинской помощи от этого улучшится – в частности, что будет ускорен период диагностики на догоспитальном этапе и повысится ее качество. И мы сможем оказывать помощь большему количеству пациентов.

Инсульты и не только

Основной профиль центра – это лечение инсультов, заболеваний периферической нервной системы (с поражением позвоночника или без него), головной боли. Есть также пациенты с энцефалитами, менингитами,

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5

тяжелыми сосудистыми поражениями головного мозга в стадии дементивных расстройств, диагностически сложные пациенты с демиелинизирующими заболеваниями.

– С учетом того, что население стареет, пациентов с инсультами становится больше, и при этом наблюдается двоякая тенденция: с одной стороны, растет количество инсультов «молодых», среди трудоспособного населения; с другой – основной процент инсультов приходится на долю пожилых пациентов. И, соответственно, чем больше пожилых, тем больше пациентов с накопленными заболеваниями. Надеемся, что скоро в рамках нового приемного отделения с помощью компьютерной томографии мы сможем проводить перфузионные (с введением контрастного вещества) исследования у пациентов с инсультом, что позволит увеличить терапевтическое «окно» до девяти часов и применять тот же тромболизис.

Доля повторных инсультов, приводит данные Александр Викторович, составляет до 30%. При них прогноз всегда хуже, чем при первичном инсульте: каждый повторный сосудистый эпизод протекает тяжелее, чем предыдущий. Профилировать повторные инсульты сложнее у пациентов с высокими факторами риска: атеросклеротическими поражениями, фибрилляцией предсердий, хроническими заболеваниями почек, сахарным диабетом. Кроме того, постинсультные или возрастные нейродегенеративные изменения у пациентов ухудшают их приверженность лечению. Они

Справка «МиЗ»

Терапевтическое «окно» – при инсульте так называют промежуток времени, во время которого должна быть проведена терапия; предполагается, что ее эффект от этого будет максимальным, а ущерб здоровью пациента от инсульта – минимальным.

забывают принимать препараты, нормально питаться, достаточно пить, и это тоже является фактором риска и ухудшает прогноз лечения.

– Инсульт может случиться в любом возрасте. В моей практике ишемические инсульты доводилось видеть и у пациентов шестнадцати, восемнадцати, двадцати лет. А самый «молодой», в обсуждении которого довелось поучаствовать, – ребенок в возрасте год и два месяца: порок сердца, отрыв тромба и летальный исход. Вероятность развития инсульта в раннем детском возрасте очень мала, но они бывают, это подтвердят детские неврологи.

Династия

Более двадцати родственников Александра Викторовича, близких и дальних, посвятили свою жизнь медицине. Общий стаж этой династии наверняка уже приближается к четырем столетиям.

– Мой отец Виктор Максимович был доцентом кафедры факультетской хирургии, один из первых в команде **Израиля Исаевича Неймарка**, стоял в самом начале оказания помощи пациентам с заболеваниями щитовидной железы на Алтае. Моя мама Зинаида Александровна была доцентом кафедры нервных болезней, я пошел по ее стопам. Она одна из тех, кто создавал службу детской неврологии. Многие детские неврологи края, которые работают давно, – ее ученики. Мой старший брат Андрей Викторович – сердечно-сосудистый хирург, его супруга – врач функциональной диагностики, его дочь – рентгенолог. Моя супруга – врач-невролог МСЭ. Наши сыновья выбрали иной путь: старший – кандидат физико-математических наук, работает в Новосибирске в институте химической кинетики и горения, младший учится специальности, связанной с ИТ-безопасностью. Мы не давили на своих детей, они сами сделали свой выбор.

У меня тоже были варианты пойти не в медицину. Я хотел изучать иностранные языки, но по ряду причин этому было не суждено сбыться, и я

решил идти по стопам своих близких – понимал, что родители могут мне дать матрицу получения медицинских знаний.

В моей родительской семье один сын пошел в папу, другой в маму. Из-за травм, полученных в детстве, я не мог часами стоять у операционного стола – пробовал, когда в начале своей деятельности в городской больнице № 1 работал с хирургами, неврологом в нейрохирургии. В силу того, что находился с ними бок о бок, чему-то у них научился. Это была хорошая школа.

В период моего профессионального становления у родителей была своя позиция. Отец ее озвучил, когда еще учился мой брат, который на десять лет меня старше; была семейная беседа, и я ее запомнил. Отец рассказал, что к нему подошел один из преподавателей и спросил: «Твой сын сейчас заканчивает у меня цикл, скоро экзамен. Как его спрашивать – по-легкому?» Отец ответил: «Спрашивай в два раза строже».

Со стороны старших коллег всегда ощущалось: «Да, родителей твоих мы знаем. А ты сам что из себя представляешь?» Достаточно доброжелательное отношение, но это всегда присутствовало. В полной мере проверка на профессионализм ощущалась в первой градской больнице сразу после института: было очень тяжело, но я благодарен тем людям, с кем я работал, кто меня учил. Очень тепло вспоминаю те годы. Я был молод, а работы было много.

В 2007 году меня пригласили заведующим отделением в горбольницу № 11, это был мой первый управленческий опыт. И очень хорошо, что в то время организовали обучение для сотрудников первичных сосудистых отделений в Московском институте инсульта, это очень помогло в дальнейшем.

Правила жизни

Свои жизненные принципы Александр Тимошников формулирует очень лаконично:

– Пациент – прежде всего. Работа

Новости

«Ждем обновления с надеждой»

В Залесовской районной больнице идет капитальный ремонт взрослой поликлиники – масштабное обновление началось в мае 2026 года в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» и региональной программы «Модернизация первичного звена здравоохранения».

Строители планируют сдать объект в 2027 году. Стоимость контракта – почти 60 миллионов рублей, основная часть суммы выделена из федерального бюджета. На сегодня выполнено более 30% от общего объема работ, подрядчик идет с опережением графика: освоено 18 миллионов рублей.

Прием пациентов не прекращался ни на день. Как рассказала главный врач Залесовской ЦРБ **Елена Подкорытова**, еще в феврале медучреждение подготовило альтернативные помещения.

После завершения ремонта поликлиника будет рассчитана на 150 посещений в смену. По словам Елены Подкорытовой, далее учреждение дооснастят современной мебелью и оборудованием – все запланированные мероприятия выполнят в срок.

Местные жители с нетерпением ждут окончания работ. Пациентка **Людмила Кунц** поделилась своими ожиданиями: «Замечательно, что наша поликлиника обновляется! Персонал здесь всегда добрый и отзывчивый, а теперь, после ремонта, и кабинеты станут красивыми и современными. Мы очень ждем этого обновления: хотим, чтобы в районе появилось самое современное оборудование и чтобы все необходимые специалисты принимали здесь. Жизнь движется вперед, и я уверена, что медицина в нашем округе станет еще лучше и доступнее».



должна быть сделана. Межличностные отношения в коллективе не должны отражаться на пациентах и других коллегах.

Мы должны понимать, куда мы идем: как в отношении отдельного пациента, так и в отношении работы в целом. Цель нужно представлять. Если мы ничего не хотим достигать, значит, мы идем назад.

В работе инсультного отделения все врачи друг с другом связаны. Мы работаем в команде, и от того, как мы научимся взаимодействовать, многое зависит.

Общая неврология – это огромное количество новых методов, о которых мы 15 лет назад даже не слышали. Нужно постоянно развиваться и всегда пытаться помочь пациенту, это наша главная цель.

«Он не пошел у меня на поводу»

– Пациентам иногда бывает сложно помочь, – делится Александр Викторович. – Мешает высокая степень доступности информации и некоторых диагностических исследований, которые пациенты проходят сами. Это формирует у них ложное представление о заболевании, которое нам потом сложно изменить. Такие пациенты приходят глубоко убежденными в том, что им нужно делать и как их нужно лечить, в том числе оперативно. В опе-

рации зачастую может и не быть необходимости. Другие проходят курс капельниц раз в полгода на протяжении десятилетий. Если пациент врачу не верит, уходит драгоценное время.

Есть пациент, которого я знаю уже много лет, он сделал в общей сложности около тридцати МРТ головного мозга – исключительно для того, чтобы быть спокойным относительно своего здоровья. Так он борется со своей тревогой. В моей практике была пациентка, которая писала на меня жалобы за то, что я не лечу ее «как нужно». А потом написала благодарность, в которой были слова: «Он не пошел у меня на поводу». К сожалению, часть пациентов настроены именно так. Кроме того, знаю немало примеров, когда те самые «профилактические капельницы» ухудшили состояние пациента. Внутривенные вливания имеют свойство оказывать эффект плацебо, потому что пациент думает: «Мне сделали что-то серьезное». А вот принимать этот же препарат в форме свечей даже как-то стыдно, как ему кажется. Хотя концентрация препарата в крови в обоих случаях может быть совершенно одинаковой.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой ККБСМП № 2

«Стараться больше насыщать себя информацией»

Среди тех алтайских медиков, кто недавно был удостоен звания «Заслуженный врач РФ», – Борис Неймарк, представитель известной врачебной династии. Борис Александрович возглавляет отделение урологии в барнаульской больнице «РЖД-Медицина», профессор, д. м. н., преподает в АГМУ. Он смог уделить время и ответил на несколько вопросов редакции «МиЗ».

Наука и изобретения

– Борис Александрович, у Вас зарегистрировано 10 патентов на изобретения. Пожалуйста, расскажите о наиболее значимых из них.

– Как правило, в подавляющем большинстве случаев изобретения имеют практический выход, тем более в медицине. Достаточно много было выполнено в направлении лечения мочекаменной болезни – в частности, разработка устройств, позволяющих упростить и ускорить проведение оперативных вмешательств у пациентов с данным диагнозом.

– Сколько лет занимает путь к регистрации одного патента, какой труд за этим стоит?

– Получение патента – достаточно долгий и трудоемкий процесс. Дале-



ко не всегда правильность оформления документов – гарант получения вожделенного положительного решения. Зачастую подобные заявки могут подаваться неоднократно. От пораженческих настроений спасает, как правило, то, что работа над патентом – командное дело. Вот так, подбадривая друг друга, мы и кумем победный результат.

– Вы участвуете в работе диссертационных советов, то есть оцениваете научные работы других. Есть ли такие работы, о которых Вам хочется рассказывать коллегам, потому что в них есть нетривиальные подходы или же глубина проработки темы?

– Безусловно, такие темы есть. Говоря научным языком, работы имеют прямое практическое значение. Это не просто теория, где цифры, таблицы и диаграммы. Как правило, это четко выверенный «маршрут», позволяющий помочь пациенту. Есть целый перечень работ, позволяющих решать вопросы оперативного лечения тяжелых форм мочекаменной болезни. И

решать их радикально, избавляя пациентов от этой проблемы. Буквально 15–20 лет назад это казалось фантастикой.

Практика

– Какие основные урологические проблемы Вы наблюдаете у жителей края? Если мочекаменная болезнь по-прежнему возглавляет антирейтинг урологических заболеваний в нашем регионе, то есть ли шансы переломить ситуацию? Если бы мы все пили воду определенного качества (допустим, только бутилированную), мы бы болели МКБ меньше?

– Мочекаменная болезнь продолжает оставаться проблемой, одной из главенствующих в нашем крае. Однозначно могу сказать, что «свет в конце тоннеля» есть. Технологии не стоят на месте. А это значит, что с уверенностью можно говорить о лечении любых форм мочекаменной болезни, в том числе и так называемых коралло-видных камней. И при этом, что важ-

но, почка остается сохранной. Конечно, качество воды продолжает иметь значение. Безусловно, если бы соблюдение питьевого режима и использование качественной воды стали бы неотъемлемым правилом каждого, улучшить ситуацию по данному заболеванию мы однозначно смогли бы.

– Уже почти два года в стране проводится так называемая репродуктивная диспансеризация. Какое у Вас мнение по поводу этой инициативы и ее реализации, а также о ее результатах?

– Это крайне нужная и важная инициатива. К сожалению, наш технологичный век работает человечеству не только в плюс, но и в минус. Побочные эффекты от длительного нахождения за компьютером (как пример) однозначно есть. А это значит, что именно вовремя выполненная диспансеризация позволит не только найти проблемную точку, но и начать необходимый объем лечения.

– Какие выводы о состоянии репродуктивного здоровья современных мужчин Вы можете сделать? Все-таки ведется профилактическая работа, можно ли сказать, что их сознательность в плане сбережения репродуктивного здоровья растет?

– В профилактической работе активно участвует наш вуз, и речь идет не только про урологов и гинекологов. Надо понимать, что это многофакторная проблема. Чем больше информации, причем доступной, и чем больше грамотных специалистов (а это именно так), которые обладают достаточными профессиональными навыками для помощи, тем однозначно лучше конечный долгожданный результат. А это, безусловно, рождение детей.

Преподавание

– Вы являетесь автором учебных пособий по урологии. Требуете ли Вы от студентов, чтобы они готовились именно по ним? Кто Ваши соавторы?

– Соавторами в большинстве случаев являются коллеги по кафедре. В ряде случаев ими могут выступать ученые-урологи со всех уголков нашей необъятной Родины. Как правило, студентам в начале цикла обучения

Другие врачи, удостоенные почетных званий

Заслуженные врачи Российской Федерации

➤ **Сона Авакян**, врач-невролог Городской больницы № 8 в Барнауле. Для ее пациентов важны не только точность диагноза и эффективность лечения, но и чуткость, с которой к ним относятся. В отделении, где работает Сона Авакян, ежегодно помогают более чем 1500 людям, а внедрение передовых методов диагностики и терапии – ее личный вклад в повышение стандартов неврологической помощи.

➤ **Игорь Осецкий**, заведующий приемным отделением, врач дет-

ский хирург Детской городской клинической больницы № 7 (Барнаул) – за мастерство в оказании экстренной помощи детям и внедрение современных подходов в работу приемного отделения.

➤ **Ирина Салдина**, заведующая отделением, врач-невролог неврологического отделения Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн – за чуткое отношение к пациентам старшего поколения и высокий уровень диагностики неврологических заболеваний.

Заслуженные работники здравоохранения Российской Федерации

➤ **Александр Сметанин**, профессор АГМУ. Его работа охватывает сразу несколько направлений: лечение, обучение, развитие системы помощи в крае. Учебные пособия, подготовленные им и его коллегами, становятся практическим руководством для новых поколений врачей. А вклад в развитие противотуберкулезной службы – это системная работа, результаты которой ощущают жители всего региона.

➤ **Татьяна Инешина**, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации барнаульской Детской городской клинической больницы № 7. Ее ежедневный труд – это опора для врачей и гарантия безопасности для маленьких пациентов: именно от слаженности работы медсестер в реанимации во многом зависят результаты лечения.

предлагается для подготовки к занятиям литература списком. Если в тематике конкретного занятия есть изданный нами материал, рекомендуем ознакомиться и с ним.

– Каждый профессор примерно знает, что о нем думают студенты. Доводилось ли Вам слышать что-то о себе?

– К сожалению, а может быть, к счастью, времени на отслеживание отзывов в соцсетях просто-напросто не хватает. Надеюсь, что не попадаю в студенческий антирейтинг.

– Каково, на Ваш взгляд, «качество» современной медицинской молодежи? Насколько для молодежи

привлекательна именно урология? Какие стереотипы о специальности Вам приходится развенчивать у молодых докторов, когда они только приходят в нее?

– Молодежь, безусловно, поменялась. Так же, как в свое время сравнивалось мое поколение. Стало меньше романтики. Больше смотрят на специальность с прагматической точки зрения. Отрадно то, что продолжают год от года приходить в специальность те, кому на самом деле интересна урология. Их мало, но они есть.

Продолжение на стр. 10 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 8-9

Учителя

– В одном из интервью Вы называли в качестве своего учителя Александра Владимировича Мазырко. Пожалуйста, представьте читателям этого человека: чем он известен и чему он Вас научил?

– Александр Владимирович долгие годы работал на нашей кафедре. Помимо преподавательской деятельности, активно практиковал, долгие годы возглавляя отделение урологии железнодорожной больницы. Человек, фанатично любящий свою специальность, умеющий зажечь идею, заинтересовать, увлечь. Настоящий учитель и должен быть именно таким. Буквально только что он мог рисовать план операции на бумаге, а через каких-то полчаса все это воплощалось на практике. Искренне благодарен судьбе за то, что она свела меня с ним. И рад тому, что и по сей день могу и обратиться к нему за советом, и плечом к плечу оказаться вместе в операционной.

Правила жизни

– Пожалуйста, поделитесь, какие принципы жизни, научной и практической деятельности Вы вывели сами для себя из собственного многолетнего опыта. По каким правилам живете и хотели бы видеть их у своих подчиненных, младших коллег?

– Безусловно, для того чтобы многое успеть в течение дня, нужна самодисциплина. Это позволяет сделать день максимально насыщенным и эффективным. В целом же большинство постулатов были и остаются посылом наших учителей. Стараться больше насыщать самого себя информацией, благо, что современные технологии позволяют это делать. Безусловно, очень хорошо, когда находится время на спорт. Для доктора любой специальности это разгрузка – как физическая, так и эмоциональная. Главное, чтобы в нынешних жизненных реалиях хватало времени на все.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено спикером

Без скальпеля и таблеток



8 сентября отмечают свой профессиональный праздник физические терапевты и специалисты по физической реабилитации. Сегодня физическая терапия перестала быть узкой медицинской дисциплиной. Она превратилась в ключевой элемент современного здравоохранения. Как применяют ее методы в поликлиническом звене – узнаем у заведующей отделением медицинской реабилитации Консультативно-диагностической поликлиники № 14 г. Барнаула, врача физической реабилитационной медицины Инны Дьячковой.

Технологии и мультиподход

– Инна Викторовна, как изменилась физическая терапия за последние десятилетия?

– Физическая терапия и реабилитация претерпели значительные

изменения. В первую очередь, безусловно, благодаря технологическим инновациям. Современные аппараты для физиотерапии стали гораздо сложнее и функциональнее. Микропроцессорное управление позволяет точно задавать параметры процедур, автоматически контролировать их вы-

полнение и корректировать воздействие в реальном времени.

Кроме того, появились роботизированные тренажеры и экзоскелеты, которые обеспечивают точную, повторяемую нагрузку, что особенно важно при восстановлении после инсульта, травм опорно-двигательного аппарата и операций на суставах. Такие системы часто интегрируются с технологиями биологической обратной связи (БОС).

– Каковы особенности современной физической реабилитации?

– Сегодня ставка идет на индивидуализацию процесса. Реабилитационная программа строится с учетом конкретного диагноза, уровня физической подготовки, возраста, сопутствующих заболеваний и личных целей пациента.

Еще одна особенность: восстановительные мероприятия запускают как можно раньше – в острейший (до 72 часов) или острый период: при неотложных состояниях, после операций.

Весь реабилитационный процесс выстраивают последовательно. На первом этапе фокус на безопасности: сначала пассивные движения, позиционирование (помощь в принятии оптимальных поз в постели), дыхательные упражнения, легкий массаж для улучшения кровообращения.

По мере того, как состояние стабилизируется, нагрузку систематически наращивают: от простых движений – к посадке в постели, вертикализации (переходу в вертикальное положение), первым шагам с поддержкой. Такой ступенчатый подход позволяет организму адаптироваться и снижает риск перегрузки.

И для полноты картины важно сказать о том, что за таким процессом стоит мультидисциплинарная команда. Работу ведет не один специалист, а команда, в которую входят реани-



матолог, врач ЛФК, физиотерапевт, инструктор, медсестра, а при необходимости – логопед и психолог. Это обеспечивает комплексный подход: помимо физической реабилитации, специалисты работают с когнитивными нарушениями, эмоциональным состоянием, а также навыками самообслуживания.

– Чем отделение физической реабилитации в поликлинике отличается от подобных в стационарах и специализированных центрах? Каков ваш основной контингент пациентов?

– В поликлиническом отделении происходит третий (амбулаторный) этап медицинской реабилитации. На этом этапе пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении, он живет дома и приходит на процедуры по записи. По шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) тяжесть его состояния оценивается на 2-3 балла, что подразумевает легкие и умеренные нарушения. Человек может самостоятельно передвигаться, обслуживать себя в быту, но нуждается в восстановлении функций.

Для работы с нашими пациентами мы используем роботизированные реабилитационные комплексы, аппараты пассивной разработки суставов, а также кардиотренажеры.

Продолжительность курса – 8 лечебных дней, процедуры проводятся курсами с перерывами от 2 до 6 месяцев.

Наше отделение принимает пациентов нескольких основных профилей: неврологического, ортопе-

дического, травматологического и онкологического.

Оценить потенциал

– Инна Викторовна, с чего начинается работа с пациентом – как проходит первичная диагностика?

– Работа с пациентом начинается с тестирования, которое необходимо для объективизации состояния, оценки исходного уровня состояния пациента, определения реабилитационного потенциала, планирования и маршрутизации, а также мониторинга динамики. Тестирование проводят многократно – в начале, через определенные промежутки и в конце курса. Так видно, есть ли прогресс, и можно вовремя скорректировать программу – усилить нагрузку, изменить тактику.

Помимо тестирования, врач собирает анамнез и жалобы. Он уточняет характер симптомов, их длительность, факторы, которые их усиливают или облегчают, а также собирает информацию о хронических заболеваниях, аллергиях, принимаемых лекарствах и образе жизни.

Кроме того, врач проводит осмотр и физикальное обследование, где оценивает общее состояние пациента. На основе имеющихся данных исследования (лабораторные анализы, инструментальные методы – МРТ, КТ, рентген, функциональные тесты и др.) составляется индивидуальная программа восстановления.

– На что ориентируется специалист, выстраивая стратегию восстановления пациента?

– Он берет во внимание индивидуальные особенности пациента, анализ факторов риска и ограничений,

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11

оценку реабилитационного потенциала, комплексную оценку состояния пациента. При постановке конкретных и достижимых целей специалист использует доказательные методы.

– Сколько времени выделяется на одного пациента и хватает ли его для выраженного эффекта?

– Реабилитационные сеансы в поликлинике с одним пациентом должны проводить ежедневно не менее 1 часа, но не более 3 часов. На третьем этапе (поддерживающем) встречи реже – не реже раза в 48 часов, но продолжительность сеанса – уже не менее 3 часов.

Чаще всего такого интервала достаточно, но все зависит от конкретной ситуации. Например, после легкого ушиба или при краткосрочной реабилитации 1–3 часа в день – оптимальный и достаточный объем.

После тяжелых травм, инсультов, сложных операций такой интенсивности может быть недостаточно. Здесь требуется более длительный и интенсивный курс, возможно, с привлечением мультидисциплинарной команды (ЛФК, физиотерапия, массаж, логопед).

Ключевой фактор – оценка реабилитационного потенциала. Врач на старте определяет, насколько активно можно работать с пациентом, и на этом основании составляет индивидуальный план. Если потенциал высокий, даже 3 часа в день дадут заметный результат. Если низкий – даже больше времени может не дать выраженного эффекта.

– С какими диагнозами сложнее всего работать с точки зрения физического восстановления и где, нао-

борот, максимально благоприятный отклик и прогноз?

– В каждом профиле свои сложности и специфические проблемы физического восстановления. Так, при онкологических заболеваниях химиотерапия зачастую вызывает полинейропатию (поражение периферических нервов), что нарушает чувствительность и двигательную функцию. Лучевая терапия может приводить к лучевому дерматиту (повреждению кожи и слизистых), фиброзу тканей, а хирургические вмешательства – к лимфостазу (отеку конечности), нарушению функций органов (недержание мочи/кала после операций на органах малого таза).

У таких пациентов наблюдаются общая слабость и нутритивная недостаточность. Лечение истощает организм, снижается мышечный тонус, нарушается аппетит. Это создает серьезный барьер для выполнения даже простых физических нагрузок.

Также имеют место психологические барьеры. Хронический стресс, тревога, депрессия после диагноза и лечения могут подавлять мотивацию и физическую активность.

Как следствие, для таких пациентов свойственен длительный восстановительный период. Восстановление функций может занимать месяцы и даже годы, особенно если речь идет о поздних осложнениях.

Если говорить о сложностях пациентов с сочетанными травмами, то там мы имеем дело с множественными и разнородными повреждениями. Сочетанная травма затрагивает несколько анатомических областей (голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности). Это приводит к сложным, ча-

сто комбинированным нарушениям: переломы, повреждения внутренних органов, разрывы связок и сухожилий, ожоги, нарушения нервной системы. Поэтому таких пациентов ожидает длительный и сложный восстановительный период, у них достаточно велик риск осложнений, в том числе в виде тромбозов.

Если же говорить о диагнозах с благоприятным прогнозом, то к ним относятся травмы опорно-двигательного аппарата (переломы, вывихи, растяжения). После правильного сопоставления костных отломков, снятия гипса или операции восстановление идет достаточно быстро благодаря хорошей регенеративной способности тканей. Ключевое значение имеет этапность реабилитации: от пассивных движений и профилактики осложнений – к активным упражнениям.

Также в случае повреждения связок, мышц и сухожилий при своевременном лечении и грамотно выстроенной реабилитации (ЛФК, физиотерапия) функции обычно возвращаются в полном объеме.

Кроме того, к заболеваниям, поддающимся коррекции с помощью компенсаторных механизмов, относятся артрозы и артриты на ранних стадиях. При своевременной терапии и коррекции образа жизни возможны замедление прогрессирования болезни и сохранение двигательной активности.

– По каким критериям оценивается эффективность работы отделения?

– Достижение поставленной реабилитационной цели для каждого пациента – главный показатель эффективности. Цели могут быть краткосрочными (например, научиться самостоятельно садиться в постели) и долгосрочными (вернуться к профессиональной деятельности).

Подготовила Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-центром Консультативно-
диагностической поликлиники № 14
г. Барнаула



Ваша задача – прийти вовремя

В третью субботу сентября отмечается Международный день хирурга. Заведующий хирургическим отделением КГБУЗ «ЦРБ, г. Заринск», врач-хирург Владимир Николаевич Житник рассказал о двух заболеваниях, с которыми специалисты отделения встречаются чаще всего.



От заводской медсанчасти – к межрайонному центру

– Нашу больницу в Заринске изначально строили как медсанчасть для рабочих завода: рядом с производством обязательно должна была быть своевременная медицинская помощь. Сегодня хирургическое отделение Центральной районной больницы обслуживает сразу четыре района (Кытмановский, Залесовский, Тогульский, Заринский) и город Заринск. Сюда поступают как экстренные пациенты (с острой болью, с угрозой жизни), так и плановые больные, которые готовятся к операции заранее.



Больница является частью так называемого межрайонного медицинского округа – укрупненного кластера, где сосредоточены ресурсы для оказания специализированной помощи жителям нескольких районов. Хирургическое отделение рассчитано на круглосуточную работу: это не только операционная и палаты, но и собственный кабинет ультразвуковой диагностики, перевязочные, реанимационная служба, диагностические кабинеты.

Если говорить просто, хирургия – это лечение заболеваний при помощи операций. Но за этим простым определением стоят много направлений и огромное количество больных, которым мы помогаем каждый день. Сегодня в нашей хирургии на первый план выходят две большие группы плановых заболеваний: желчнокаменная болезнь и грыжевые заболевания (грыжа передней брюшной

стенки). От того, насколько активно мы оперируем этих пациентов в плановом порядке, напрямую зависит, сколько тяжелых экстренных больных с осложнениями попадут на операционный стол в любое время суток.

Чем опасна грыжа

Грыжа – это выход внутренних органов (чаще всего петли кишечника) через ослабленное место в мышцах брюшной стенки под кожу. У многих людей есть так называемое «грыже-носительство» – грыжа есть, но пока почти не беспокоит. Распространенные виды: паховая, пупочная, послеоперационная грыжа (в месте старого разреза).

Ущемленная грыжа – это тяжелое осложнение, когда содержимое грыжевого мешка (обычно кишечник)

Продолжение на стр. 14-15 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13»

пережимается в узком отверстии, нарушается кровоснабжение, и начинается отмирание тканей. Это состояние требует срочной операции, часто с удалением части кишечника, и нередко сопровождается перитонитом (воспалением брюшины) и угрозой для жизни.

Медицинская статистика говорит: на одну ущемленную грыжу в идеале должно приходиться 10–14 планово прооперированных грыж, тогда количество тяжелых осложнений минимально. Если плановая хирургия «проседает», то экстренных случаев становится слишком много, а риск для пациента резко возрастает.

Вывод простой: если вы обнаружили грыжу, не стоит ждать, пока «прищемит», следует обязательно обратиться к хирургу и обсудить плановую операцию.

«Тихий» камень с громкими последствиями

Желчнокаменная болезнь – это образование камней в желчном пузыре или желчных протоках. Желчный пузырь – небольшой орган под печенью, который накапливает желчь – секрет печени, необходимый для переваривания жиров.

Сегодня заболеваемость желчнокаменной болезнью растет как в России, так и в мире, в том числе и у детей. По данным профессиональных конференций и клинических рекомендаций, за последние годы рост особенно заметен, и это подтверждают как федеральные данные, так и региональные наблюдения.

Современные аппараты ультразвуковой диагностики позволяют обнаруживать камни в желчном пузыре уже у подростков и даже у детей, что еще 20–30 лет назад считалось редкостью.

Камни в желчном пузыре появляются из-за нарушения работы печени и изменения состава желчи. В роли причин и факторов риска выступают:

- особенности образа жизни;

- неправильное питание (переедание, жирная, жареная пища, нерегулярные приемы пищи);
- экология;
- лишний вес;
- некоторые заболевания (в том числе сахарный диабет);
- наследственность: склонность к заболеваниям печени и желчевыводящих путей может передаваться по семейной линии.

Также существенную роль играет улучшение диагностики: если раньше на весь город мог быть один старый аппарат УЗИ, то сегодня у нас есть современные ультразвуковые и компьютерные томографы, которые позволяют находить камни и осложнения на ранних этапах.

В хирургическом отделении работает собственный кабинет ультразвуковой диагностики, что существенно облегчает работу и ускоряет постановку диагноза. УЗИ хирурги используют:

- до операции – чтобы уточнить диагноз и объем вмешательства;
- во время лечения – для контроля состояния;
- после операции – для наблюдения за результатом и своевременного выявления осложнений.

В последние годы в больнице также установлен компьютерный томограф (КТ). Послойные изображения органов, сделанные им, помогают более точно диагностировать сложные случаи, опухоли, осложнения воспалительных процессов.

Опасность желчнокаменной болезни в том, что долгое время она может протекать почти без симптомов. Камни, как правило, находят случайно – делая УЗИ по другому поводу.

Но «тихий» камень в любой момент может привести к тяжелым осложнениям. В их числе острый холецистит – воспаление желчного пузыря, сопровождающееся сильной болью, температурой, интоксикацией. Это уже экстренная ситуация, требующая неотложной помощи и часто срочной операции. Или механическая (подпеченочная) желтуха – камень

перекрывает общий желчный проток, и желчь перестает поступать в кишечник, попадая в кровь. Кожа и склеры становятся желтыми, страдает печень, развивается тяжелое состояние, которое требует срочного восстановления оттока желчи, иногда в течение первых суток.

Особенно грозное осложнение – панкреатит и билиарный панкреатит. Поджелудочная железа и желчные протоки имеют общий выход в двенадцатиперстную кишку. Если небольшой камешек застревает в этой зоне, нарушается отток не только желчи, но и ферментов поджелудочной железы. Возникает сильнейшее воспаление – острый панкреатит, а при тяжелом течении – панкреонекроз (омертвление тканей поджелудочной железы), что уже несет высокий риск для жизни.

В Алтайском крае действует трехуровневая система маршрутизации пациентов: районные и межрайонные больницы (как наша), а также краевые центры. Больные с тяжелыми формами острого панкреатита направляются в специализированные стационары Барнаула (БСМП № 1, городские больницы), где есть все необходимое для лечения таких состояний.

По данным отделения, только за один год из Заринска и ближайших районов было направлено около 40 экстренных пациентов с панкреатитом, и наиболее тяжелые случаи были связаны именно с желчнокаменной болезнью.

Операцию нельзя откладывать

Некоторые пациенты, узнав о камнях в желчном пузыре или о грыже, предпочитают выжидательную тактику: «Поболит и перестанет», «Сейчас огород, дача, работа, потом прооперируюсь», «Страшно, лучше потерплю».

Но правила современной хирургии и клинические рекомендации однозначны: если камни в желчном пузыре есть, даже без приступов, – это показание к плановому оперативному лечению, особенно если нет быстрой и постоянной доступности УЗИ, стационара, возможности сдать анализы.

В крупных населенных пунктах с высокой доступностью медицины иногда допустимо наблюдение небольших камней под строгим контролем УЗИ и анализов каждые 2–3 месяца.

Но для жителей удаленных сел и районов такая тактика часто превращается в лотерею: когда «прихватит» – неизвестно, а дорога до стационара занимает время.

По опыту хирургов, нередко истории, когда первые приступы возникли 10–15 лет назад, но человек привык «снимать» боль таблетками и обращался к врачу только тогда, когда развивалось тяжелое осложнение.

Маленькие разрезы – большие возможности

Сегодня в отделении активно выполняют лапароскопические операции – малотравматичные вмешательства через небольшие проколы на коже.

Лапароскопическая холецистэктомия – это удаление желчного пузыря через 3–4 небольших отверстия в брюшной стенке с помощью видеокамеры и специальных инструментов. Преимущества лапароскопии: меньшая травма тканей, меньше боли после операции, ниже риск осложнений (пневмонии, тромбозов, сердечной недостаточности), особенно у пожилых пациентов, а также быстрый подъем с больничной койки, ранняя активизация, более короткий срок пребывания в стационаре и лучшее качество жизни после операции.

Операции выполняются через инструменты диаметром 5–10 мм, используются современные шовные материалы и сетчатые импланты для пластики грыж, в том числе отечественного производства.

Развивается и использование энергетических инструментов – ульт-

развуковых и других приборов, которые позволяют практически бескровно рассекать и коагулировать ткани.

После операции: что дальше?

Важно понимать, что удаление желчного пузыря лечит следствие, но не устраняет причину желчнокаменной болезни. Особенности обмена веществ, склонность к образованию камней, заболевания печени и желчевыводящих путей сохраняются.

Поэтому после операции пациент должен наблюдаться у врача, периодически делать УЗИ, сдавать анализы, придерживаться рекомендаций по питанию и образу жизни. Камни могут образовываться и в желчевыводящих протоках, поэтому контроль необходим даже после успешно перенесенной операции.

Профилактика: на что мы можем повлиять сами

Здоровье желудочно-кишечного тракта и печени напрямую связано с нашим образом жизни. Снизить риск развития желчнокаменной болезни и ее осложнений помогают:

- рациональное питание: меньше жареного и жирного, регулярные приемы пищи без больших перерывов;
- контроль массы тела;
- достаточная двигательная активность;
- отказ от самолечения и бесконтрольного приема лекарств;
- регулярное посещение поликлиники, прохождение диспансеризации;
- внимательное отношение к «сигналам» организма – боли под правым ребром, горький привкус во рту, тошнота после жирной пищи.

Отдельный важный момент – отношение к своему здоровью в молодом возрасте. Сейчас заметно, что многие молодые люди регулярно посещают стоматолога, сдают анализы, делают профилактические осмотры. Так же

Важно!

- Если у вас выявлены камни в желчном пузыре – не откладывайте визит к хирургу.
- Если у вас есть грыжа – не ждите, пока она ущемится.
- Если вас периодически беспокоят боли в животе, тяжесть под правым ребром, приступы тошноты – не занимайтесь самолечением, обратитесь к врачу.
- Мы, хирурги, каждый день видим, к каким тяжелым последствиям приводят страх перед операцией и привычка терпеть боль. Наша задача – сделать лечение максимально безопасным и щадящим. Ваша задача – прийти вовремя.
- Здоровье – самая дорогая ценность, и вкладываться в него нужно не только государству и врачам, но и каждому из нас.

ответственно стоит относиться и к органам брюшной полости: при любых подозрительных симптомах лучше прийти на консультацию к хирургу заранее, а не «когда совсем прижмет».

Взгляд в будущее

Медицина развивается, но без пациента ей не справиться. За последние 30–40 лет медицина изменилась кардинально: от единичных аппаратов УЗИ до современной цифровой диагностики, от больших разрезов – к лапароскопическим операциям. Однако при всем техническом прогрессе главный фактор эффективности лечения остается прежним – сам пациент и его готовность вовремя обратиться за медицинской помощью. Даже самые современные методы мало помогут, если человек приходит уже с запущенной, четвертой стадией заболевания.

Материал подготовила
Анастасия Суворова,
специалист по связям
с общественностью КГБУЗ «ЦРБ,
г. Заринск»

На грани фантастики

Урология – одна из древнейших медицинских наук. Еще Гиппократ описывал камни в почках. Сегодня она одна из самых технологичных. Микроинвазивная хирургия и лазеры, превращающие камни в пыль, уже давно стали реальностью. Но время не стоит на месте, разработки идут по всему миру. К чему стремятся врачи и что могут делать уже в наши дни – расскажет заведующий урологическим отделением № 2 Краевой клинической больницы, уролог высшей категории, кандидат медицинских наук Владимир Ананьев.



Помощь на всех уровнях

– Владимир Александрович, с какими заболеваниями мочеполовой системы сегодня чаще всего приходится иметь дело?

– Специфика урологии не меняется долгие годы. На первом месте, традиционно, мочекаменная болезнь. Алтайский край эндемичен по данному заболеванию в силу неблагоприятного состава воды. Безусловно, влияют на этот процесс экология, а также характер питания современного человека – в рационе стало больше пищевой химии. Но стоит отметить, что и выявляемость стала лучше – диагностическая база развивается, появляются такие методы, которые раньше были недоступны.

На втором месте – заболевания предстательной железы у мужчин, которые стали возникать раньше. Сегодня нередко к нам обращаются пациенты 47–50 лет, хотя прежде всегда аденома простаты была заболеванием пожилых мужчин.

– Если говорить о мочекаменной болезни, что может изменить ситуацию?

– Необходима хорошая работа первичного звена и сети межрайонных урологических отделений края. Доктор первичного звена, заподозрив на УЗИ мочекаменную болезнь, должен отправить пациента на местном уровне к урологу, который даст полную оценку состояния и показаний к хирургии. Если присутствует обтурационная направленность (конкремент нарушает отток мочи по мочевыводящим путям, частично или полностью перекрывая их просвет), то хирургическое вмешательство необходимо.

При запущенной патологии мы имеем дело с коралловидными камнями, которые уже не прооперировать открытым способом. В таких случаях нужны технологии безразрезного попадания в чашечно-лоханочную систему. Как правило, проводится нефролитотрипсия – прокол почки со стороны поясничной области. Под УЗИ или рентген-наведением доктор на мониторе видит камень и дробит

его внутри с помощью ультразвука или лазера, избавляя человека от коралловидного камня. Раньше такую почку удаляли вместе с камнем.

Но необходимо понимать, что очень важна метафилактика заболевания – комплексный подход, который будет предотвращать рецидивы образования конкрементов. Он подразумевает анализ состава удаленного камня, изменение образа жизни и диеты, а также медикаментозную поддержку.

– Какую помощь оказывают урологические отделения Краевой клинической больницы?

– Оба отделения оказывают помощь третьего уровня – мы работаем с высокими технологиями, но по разным векторам. Кроме того, оба отделения по неделе работают по санавиации – к нам везут пациентов со всего региона, наши врачи консультируют на краевом уровне.

Еще восемь лет назад в больнице было одно отделение на 60 коек, которое выполняло общие урологические задачи. Специалисты начали обучаться и привозить одну за одной операции, которые выполняются лапароскопическим доступом в урологии. В первом отделении полюс сдвинулся в сторону мочекаменной болезни. Сегодня это экспертное отделение, которое выполняет основной объем операций в крае по данному направлению, работая высокотехнологичными методами.

Во втором отделении лапароскопическим методом урологи проводят иссечение кист, подшивание почки при опущении, удаление почки, резекцию опухолей почки, а также пластику стриктур лоханочно-мочеточникового соустья и многое другое. Наши специалисты – единственные в Сибирском федеральном округе, кто работает через прокол даже с аденомами простаты больших размеров.

К слову, у нас уникальный коллектив: все четыре врача, проученных на лапароскопическую урологию, прошли школу Первого Санкт-Петербургского медицинского университета имени академика Павлова. Процесс обучения никогда не останавлива-

ется: на базе больницы регулярно проходят форумы и мастер-классы, к нам приезжают мастера российского и европейского уровня, мы учимся, перенимаем опыт и стараемся по возможности внедрять новые навыки и технологии. Врачи отделения постоянно совершенствуют свой профессиональный уровень, проходят стажировки в ведущих клиниках Москвы и Санкт-Петербурга, принимают участие в российских и международных симпозиумах и конференциях.

В нашем арсенале не только лапароскопические, но и эндоскопические методы.

– Какие операции самые сложные?

– Топ наших операций – радикальная простатэктомия по поводу рака, которая выполняется лапароскопически с осуществлением пузырно-уретрального анастомоза. По навыкам и по кривой обучения считается гротескнейстерским уровнем. Кроме того, мы выполнили две операции по поводу замены мочеточника кишкой в связи с протяженными стриктурами мочеточника. Одной из пациенток – молодой девушке из Бийска – полностью заменили правый мочеточник кишкой. Операция прошла успешно, почка сохранена, пациентка живет полной жизнью. Нам помогли эксперты из Нижнего Новгорода и Москвы. Теперь в планах – развитие подобных реконструкций на собственной базе.

– Вы говорили, что аденома предстательной железы занимает второе место в топе урологических заболеваний. Как работаете по этому профилю?

– Весь пул андрологических операций, в том числе реконструктивных – за главным андрологом края, профессором Романом Тофиковичем Алиевым. Он возглавляет Академию мужского здоровья, которая располагается в поликлинике ККБ и доступна для всех жителей региона. Это большое направление, которое связано и с амбулаторной службой. Наше же отделение – хирургическая площадка для Академии, где проводится широкий спектр андрологических операций, в том числе



Коллектив урологии N2 и гости форума
Даренков Сергей Петрович и Алиев Роман Тофикович

и тех, которые улучшают мужскую функцию.

Что касается реконструктивных манипуляций, в том числе трансплантации – андрологи уже на потоке работают с буккальным графтом – хирургическим трансплантатом (лоскутом ткани), который берут из слизистой оболочки внутренней поверхности щеки пациента. Его используют для восстановления просвета мочеиспускательного канала при его стриктуре (сужении).

Иная реальность хирургии

– Владимир Александрович, в какую сторону сегодня движется урология?

– Урология сильно продвинулась с точки зрения технологий. Движение вперед продолжается, начиная с оборудования и заканчивая диагностическим звеном и консервативной фармакологией. Что уж говорить о хирургии: 30 лет назад, когда я только стал доктором, и сегодня – это совершенно разные реальности.

Полостные операции всегда были и останутся, но их число резко сократилось. Лапароскопия существенно расширила диапазон возможностей, особенно при плановых операциях и реконструктивных вмешательствах.

Сегодня мы много оперируем внутрипросветно благодаря эндоскопическому методу. Так, определенный размер аденомы простаты можно оперировать без наркоза с использованием спинномозговой анестезии и без разреза (внутрипросветная хирургия). Как следствие, постопераци-

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

Рекомендации эксперта

Как заботиться
о почках

- Не злоупотреблять соленой пищей.
- Пить больше жидкости, но нежелательно пить нефilterованную воду, особенно если проживаете в сельской местности и когда уже диагностированы конкременты.
- Делать УЗИ почек раз в год, чтобы было представление о состоянии собственной мочеполовой системы. Это доступный и безопасный скрининговый метод, который даст достаточно информации. При подозрении на заболевание врач направит на более серьезные обследования.

онный и послеоперационный периоды значительно сокращаются.

– За чем видите будущее своей специальности?

– Роботическая хирургия. Во всем мире идут разработка и запуск собственных установок. В России также несколько лет ведется работа по созданию своего робота. Роботическая установка не сделает без человека ни одного движения, но при этом открывает широкий диапазон возможностей. Это и улучшенная визуализация – система передает трехмерное изображение операционного поля с высоким разрешением и значительным увеличением (иногда до 10 раз), и высокая точность манипуляций – роботические инструменты обладают большим числом степеней свободы (например, семь вместо четырех у обычной лапароскопии), что дает возможность выполнять очень тонкие и сложные движения. И, наконец, доступ к сложным зонам. Робот позволяет работать в анатомически узких или труднодоступных пространствах, куда традиционными методами добраться сложно. Свобода движений просто

сумасшедшая, при этом качество хирургии внутри и прецизионность (точность) – на высочайшем уровне. Качественный скачок и разница подходов точно такие же, как между открытой хирургией и лапароскопией. Когда-то и лапароскопия считалась чем-то нереальным, а сейчас это медицинская рутина. Причем роботические установки работают не только в одном профиле. Врачи разных специальностей могут поочередно использовать их.

В Новосибирской области уже работают три роботических устройства. Надеюсь, что и нам доведется пооперировать с помощью подобных систем.

– Мы говорим о том, как изменились технологии, а изменилось ли отношение пациентов?

– Они стали более требовательными, знают законодательство, изучают отзывы, много информации читают в Интернете. Современный пациент хочет знать, что врач компетентен и понимает, что делает. Все это стимулирует и докторов.

– А по отношению к собственному здоровью?

– Есть те, кто считает, что сохранение их здоровья – полностью обязанность Минздрава и врачей. Это большое заблуждение. При самом компетентном подходе, хоть на четвертом уровне медицинской помощи в Москве, вклад врача занимает всего лишь 18%. Все остальное – желание и упорство пациента сохранить качество жизни и собственное здоровье.

Нужен разумный подход: периодически необходимо проходить скрининги, и если обнаружено патологическое состояние, то разбираться с ним. Вопрос, нужна ли операция при каком-либо заболевании мочеполовой системы, необходимо задавать оперирующему урологу.

Безусловно, есть патологии, которые требуют компетенции на первых этапах, а им не уделяют должного внимания. Поэтому увеличилась доля запущенных патологий, и к нам часто поступают такие пациенты. Некий объем стандартных операций, который должен быть проведен на

втором уровне, раньше проводился в большем объеме. С этим проблемы имеются.

– Владимир Александрович, как в свое время Вы выбрали урологию своим делом жизни?

– Выбор медицины как дела жизни изначально был вопросом решенным – я родился в семье медиков. Бабушка в военные годы была хирургом в действующей армии. После окончания войны демобилизовалась в Бийск и работала хирургом. Мама – заслуженный врач России, в свое время была главным офтальмологом края. Отец – один из основоположников краевой анестезиологической службы. Мой брат-близнец Дмитрий Ананьев сегодня главный кардиохирург края. Под его руководством была проведена первая пересадка сердца в нашем регионе. Сыновья тоже выбрали медицину своим делом жизни.

Если же говорить про урологию, то выбор был спонтанным – благодаря жребии. Мама протянула две спички: короткая означала урологию, длинная – хирургию. Мне досталась короткая, и я ни разу об этом не пожалел. В ординатуру меня взял один из лучших врачей-урологов – Анатолий Григорьевич Малетин. Я работал санитаром в отделении урологии, потом на посту медбрата. И вот уже восемь лет заведу отделением урологии. Написана кандидатская работа, и думаю, что скоро будет защищена докторская.

Медицина – сложная и уникальная сфера. Как любил говорить отец, «Только что-то начинаешь понимать – и вот пенсия». Это интереснейшая работа – возможность помогать людям, осваивать технологии, которые будоражат воображение. Мне 55 лет, и я ни разу не оперировал на работе. Мечтаю в очередной раз податься в ученики – это не только профессиональный азарт, но и развитие.

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-службой ККБ

Три врага сетчатки



Ежегодно, начиная с 2010 года, в последнюю неделю сентября проводится Всемирная неделя сетчатки глаза. Эта инициатива призвана повысить осведомленность населения

о наиболее распространенных заболеваниях сетчатки, их последствиях и мерах профилактики. Среди множества заболеваний особенно выделяются три: возрастная макулярная дегенерация (ВМД), синдром Ушера и пигментный ретинит. Они по-разному проявляются, но их объединяет одно: вовремя обнаруженная проблема – это шанс сохранить зрение. Читателям «МиЗ» о них рассказывает Валентина Андреевна Бондарь, заведующая лечебно-диагностическим отделением Алтайской краевой офтальмологической больницы.



«Фотоматрица»

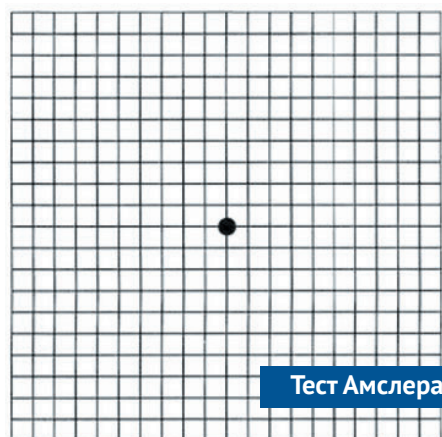
Сетчатка – это тончайшая (0,2–0,5 мм) многослойная нервная ткань, которая выстилает внутреннюю поверхность глазного яблока. Она работает как биологическая «фотоматрица»: с помощью светочувствительных кле-

ток – палочек и колбочек – улавливает свет, преобразует его в электрические импульсы и по зрительному нерву отправляет в мозг. Именно благодаря сетчатке мы различаем цвета, формы, глубину и движение. Если эта «матрица» повреждается, то мир постепенно тускнеет, искажается или вовсе по-

гружается во тьму. Сегодня около 39 миллионов человек в мире живут с полной слепотой, и значительная доля этих случаев связана с поражением сетчатки.

Продолжение на стр. 20-21 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 19»



Тест Амслера

Украденное зрение

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – «вор» центрального зрения. Если сетчатка – это пленка, то макула (желтое пятно) – ее самый чувствительный центр диаметром около 5 мм. Именно он отвечает за чтение, распознавание лиц, вождение и любую работу, требующую четкого зрения. ВМД – дегенерация этого центрального участка, которая начинается с возрастом и является ведущей причиной необратимой потери зрения у людей старше 50 лет.

Существует две формы, различающиеся по течению и прогнозу.

- **Сухая (атрофическая)** – встречается у 80–85% пациентов. Развивается медленно, в течение многих лет: в макуле появляются друзы (отложения липидов и белков). Со временем друзы увеличиваются, пигментный эпителий атрофируется, и светочувствительные клетки гибнут. Зрение падает постепенно, но в итоге может наступить полная потеря центрального зрения.

- **Влажная (неоваскулярная)** – более редкая (15–20% случаев), но гораздо опаснее. Под макулой прорастают хрупкие новообразованные сосуды, которые становятся проницаемыми, пропускают плазму и кровь, что вызывает отек, кровоизлияния и быстрое разрушение нейронов. Зрение может ухудшиться буквально за недели.

Кто в группе риска?

Возраст – главный, но далеко не единственный фактор. Ключевые факторы риска включают:

- возраст старше 60 лет – подавляющее большинство случаев приходится именно на эту возрастную группу;
- курение – самый управляемый фактор: курильщики болеют ВМД в 2–4 раза чаще некурящих;
- наследственность – если у близких родственников была ВМД, риск повышается в 3–4 раза;
- артериальная гипертензия и высокий уровень холестерина – нарушают кровоснабжение сетчатки, способствуют образованию друз и усугубляют ишемию;
- нездоровое питание – избыток насыщенных жиров и простых углеводов, недостаток антиоксидантов, омега-3 жирных кислот, лютеина и зеаксантина ускоряют дегенеративные процессы;
- длительное воздействие ультрафиолета – солнечный свет вызывает фотохимическое повреждение сетчатки.

Ранняя стадия ВМД характеризуется малосимптомным или бессимптомным течением. Но есть несколько сигналов, которые должны насторожить:

- постепенное, безболезненное снижение остроты зрения вдаль, которое не корректируется очками;
- трудности с чтением мелкого шрифта, необходимость в более ярком освещении;
- ухудшение цветовосприятия – цвета становятся тусклыми, менее насыщенными, теряется контрастность;
- искажение прямых линий – они кажутся волнистыми, изогнутыми, разорванными;
- появление темного или серого пятна в центре поля зрения (скотомы).

Самый простой и эффективный способ самоконтроля – тест Амслера. Это сетка из горизонтальных и вертикальных линий, с точкой в центре.

Выполняйте проверку при хорошем освещении.

1. Наденьте очки для чтения (если используете).
2. Закройте один глаз ладонью, не надавливая на веко.
3. Смотрите на центральную точку с расстояния 30 см, не отрывая взгляда от точки.
4. Оцените все линии сетки: прямые ли они? Нет ли пропусков, искривлений, темных пятен?
5. Повторите для другого глаза.
6. Если заметили искажения – немедленно обратитесь к офтальмологу, даже если нет других симптомов.

Лечение ВМД: что предлагает современная медицина?

Подход зависит от формы. При сухой ВМД основная стратегия – замедлить прогрессирование. Ключевую роль играет нутритивная поддержка. Согласно результатам крупных исследований, комбинация антиоксидантов (витамины С и Е, цинк, медь, лютеин и зеаксантин) снижает риск перехода ранней ВМД в позднюю стадию примерно на 25%. При влажной ВМД «золотой стандарт» – интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (анти-VEGF-препаратов). Эти лекарства вводятся прямо в стекловидное тело глаза и подавляют рост патологических сосудов, уменьшают отек и кровоизлияния. Инъекции проводятся по определенной схеме (часто вначале ежемесячно, затем с удлиненными интервалами). Чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз.

Когда уходят и слух, и зрение

Синдром Ушера – это наследственное заболевание, которое является главной причиной одновременной потери слуха и зрения. Оно обусловлено мутациями в генах, кодирующих белки, необходимые для работы волосковых клеток улитки и фоторецепторов сетчатки. Ребенок рождается

с нейросенсорной тугоухостью, а в подростковом или молодом возрасте начинает стремительно терять зрение из-за гибели светочувствительных клеток. В итоге развивается пигментный ретинит с характерным сужением полей зрения и ночной слепотой. Для постановки диагноза необходима совместная работа офтальмолога, сурдолога и генетика.

Можно ли помочь? Полного излечения пока нет, но мультидисциплинарный подход творит чудеса. Слуховые аппараты и кохлеарные импланты помогают сохранить слух и речевое общение; специальные увеличительные приборы (электронные лупы, телескопические очки) – адаптироваться к снижению зрения. В лабораториях по всему миру тестируются препараты генной терапии для конкретных мутаций. Первые результаты вселяют надежду.

Как в туннеле

Пигментный ретинит – это группа наследственных заболеваний, при которых постепенно разрушаются палочки и колбочки. Частота – примерно 1 случай на 3000–3500 человек. Первыми страдают палочки, поэтому первый симптом – ночная слепота (гемералопия): человек плохо видит в сумерках, долго привыкает к темноте, с трудом ориентируется при переходе из света в темноту. Затем гибнут колбочки, сужается поле зрения (концентрически), и мир как будто рассматривается через трубу – отсюда название «туннельное зрение». При этом центральное зрение может оставаться довольно хорошим долгие годы.

Профилактика: что можем сделать мы сами?

Хотя многие заболевания сетчатки имеют генетическую природу, образ жизни играет огромную роль в том, как быстро и тяжело они будут развиваться. Особенно это касается возрастной макулярной дегенерации, но и при наследственных заболеваниях здоровый образ жизни

способствует замедлению прогрессирования.

- **Отказ от курения** – самый эффективный шаг.
- **Правильное питание** – диета, богатая антиоксидантами.
- **Контроль артериального давления и холестерина** – регулярно измеряйте давление, проходите проверку липидного профиля.
- **Защита от ультрафиолета** – качественные солнцезащитные очки с UV-фильтром (блокирующие 99–100% UVA и UVB) должны стать вашим постоянным спутником на солнце, даже в облачную погоду.
- **Регулярные осмотры у офтальмолога** – для людей старше 50 лет, с диабетом, высокой степенью близорукости или отягощенной наследственностью по ВМД или пигментному ретиниту – ежегодно. Для всех остальных – не реже одного раза в два года. При появлении любых новых зрительных симптомов – визит вне очереди.
- **Самоконтроль** – тест Амслера раз в месяц для людей из групп риска.

Еще 20 лет назад диагноз «пигментный ретинит» или «влажная макулярная дегенерация» звучал как приговор. Сегодня это уже не так. Анти-VEGF-терапия позволяет сохранять зрение у пациентов с влажной ВМД, которые без лечения были бы обречены на слепоту. Клинические испытания препаратов генной терапии при пигментном ретините и синдроме Ушера дают обнадеживающие результаты – некоторые пациенты уже получили одобренные препараты. Но все эти достижения работают только в одном случае – если болезнь выявлена вовремя, до развития необратимых изменений.

Материал подготовлен
В. А. Бондарь

Новости

Когда стандартное решение – не выход

В Барнауле хирурги Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи №2 (БСМП №2) помогли пациенту, для которого классическое лечение было сопряжено с высоким риском осложнений. Медики выбрали нестандартную тактику – клапанную бронхоблокацию и химический плевродез.

Команда врачей БСМП №2 во главе с торакальным хирургом Антоном Седовым приняла нестандартное решение. Совместно с врачами-эндоскопистами была выполнена клапанная бронхоблокация нижнедолевого бронха слева: в просвет пораженного бронха установили специальный клапан, который выпускает воздух и мокроту из пораженного участка легкого при выдохе, но закрывает обратный путь для воздуха при вдохе. Дополнительно провели химический плевродез – процедуру искусственного «склеивания» листков плевры.

Результат оправдал ожидания: сброс воздуха по дренажу прекратился, легкое расправилось, дренаж удалили. Пациента выписали на амбулаторное наблюдение. Через три месяца ему предстоит плановая госпитализация для удаления клапанного бронхоблокатора.

Развитие торакальной хирургии в БСМП №2 – часть системной работы по совершенствованию экстренной медицинской помощи в Алтайском крае. С мая 2026 года в отделении общей хирургии выделены специализированные койки для пациентов с торакальной патологией, в штат принят врач торакальный хирург, пролечено 57 пациентов, проведено 74 операции, из них 10 – в режиме высокотехнологичной медицинской помощи.

С передовой – в операционную



«Мы находимся на передовой медицины, но работа проходит в стандартном для нас порядке. Делать из невозможного возможное – привычное дело для сотрудников отделения. Наши главные задачи: сохранить функцию, анатомию и вернуть пациента к привычной жизни, сохраняя ее качество, – говорит кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед отделения тяжелой и сочетанной травмы **Андрей Меньшиков**. – Жизни наших пациентов уже ничто не угрожает, но их беспокоят инородные тела, которые остались после минно-взрывных поражений, нарушение функций конечностей, несращение переломов. Мы оказываем всю возможную помощь. В первую очередь, удаляем инородные тела. Сложность заключается в том, что множество мелких осколков проникает в плоть человека с большой скоростью и высокой температурой. Когда они попадают в проекции сосудисто-нервных пучков и впаиваются, то может возникнуть нарушение чувствительности и кровотока».

В таких случаях травматологов ждет долгая и кропотливая работа по удалению всех частиц, которые создают стойкие болевые ощущения, мешают сращению кости и восстановлению привычных функций. Ситуация может осложняться кровотечением, поэтому специалистам приходится работать при высоком градусе внимательности и напряжения.

«Несращение кости возникает вследствие тяжелых оскольчатых переломов. Как правило, пациенты приходят с аппаратами наружной фиксации, которые могут стоять длительное время, но сращения не происходит. Мы проводим реконструкцию, очищаем место перелома от инородных тел и проводим сращение различными методами остеосинтеза. При необходимости и возможности дела-

влечению осколков из труднодоступных участков тела, восстановлению функции конечностей и другие, чаще всего высокотехнологические хирургические вмешательства, которые улучшают качество жизни бойцов и дают им возможность снова вернуться в строй.

Сохранить анатомию и функции

В ККБСМП – пять травматологических центров. Во всех оказывают помощь тем, кто еще недавно был в эпицентре боевых действий. В стационаре проводят операции по из-

ем реконструкцию кости и удлиняем конечность. Этот процесс не быстрый и зачастую занимает не один месяц, – продолжает **Андрей Меньшиков**. – Если речь идет о тяжелых внутрисуставных повреждениях, когда у пациента нарушена функция сустава, тогда наша задача – подготовить его к эндопротезированию. Если нет возможности воссоздать анатомию сустава при его повреждении и формировании неправильной оси и ротации конечности, то нет смысла в протезировании. В таких случаях мы выполняем реконструкцию, собираем внутрисуставные переломы, воссоздаем анатомическое строение, выпрямляем конечность, восстанавливаем ось конечности и функцию ротации. У пациента появляется возможность физиологического функционирования конечности».

Для помощи бойцам врачи используют различные методики, в том числе и высокотехнологичные. Так, пациентам с дефектом костной ткани применяют метод костного транспорта: постепенно перемещают костный фрагмент в зону дефекта при помощи аппарата внешней фиксации (аппарата Илизарова) в комплексе с интрамедуллярным штифтом. Это позволяет восстановить целостность кости, сохранить длину конечности и ее функцию.

Реконструирование кости, сращение переломов и восстановление оси, ротации и длины конечности, удаление мелких осколков, которые мешают сращению кости и функционированию конечности, – все это улучшает качество жизни пациентов.

«Работа – длительная, кропотливая. И результат будет зависеть не только от усилий врачей, но и от дальнейших действий пациента, его образа жизни, желания восстановиться. После выписки пациенты находятся на контроле, и для успешного восста-



новления очень важно выполнять рекомендации врачей», – подчеркивает **Андрей Меньшиков**.

Задачи со звездочкой

Травматологам, занимающимся лечением бойцов СВО, постоянно приходится решать сложные задачи. Но и результаты порой превосходят ожидания. Так, врачам зачастую удается вернуть пациенту утраченные функции конечностей.

Специалисты клиники иногда сталкиваются со случаями реампутации – когда в условиях боевых действий была выполнена ампутация и сформирована культя, но впоследствии пациентов беспокоят костные выступы, незаживающие раны. В таких случаях травматологи ККБСМП формируют культю заново, чтобы пациенты могли ходить без боли.

«Иногда кости приходится ломать и заново составлять, как пазл. Тогда человек может жить со своим суставом, или же после сращения формируем площадку для эндопротезирования. Мы делаем все, чтобы восстано-

вить анатомию и функции. Если нет такой возможности, занимаемся реконструкцией ткани, делаем артродез – «замыкаем» или, другими словами, искусственно обездвиживаем сустав, сращивая кости в правильном положении. Благодаря этому у пациента появляется опорная функция и он может самостоятельно передвигаться, – отмечает **Андрей Меньшиков**. – Сложность в работе с бойцами СВО заключается в том, что они попадают



к нам через довольно длительный период, поэтому лечение может занимать больше времени. Если они поступают в течение месяца после ранения, то и лечение, и реабилитация проходят гораздо быстрее. Если этот период затягивается до 3–6 месяцев, то функции суставов восстановить сложнее».

Неправильно сросшиеся переломы, ложные суставы нижних конечностей, инородные тела мягких тканей и застарелые повреждения капсульно-связочного аппарата коленного сустава – то, с чем чаще всего попадают участники боевых действий в травматологическое отделение № 1 ККБСМП.

«Инородные тела мы удаляем малоинвазивными методами при помощи электронно-оптического преобразователя, через небольшие доступы. Также через небольшие разрезы мы устраняем деформации, устанавливаем штифты. Такой подход обеспечивает раннюю активизацию пациентов и их возвращение к привычной жизни», – подчеркивает врач травматолог-ортопед травматологического отделения № 1 **Артём Кунцев**.

Артроскопически врачи работают с повреждениями связок и менисков коленного сустава: удаляют поврежденные части мениска либо восстанавливают связки. Благодаря такому подходу уже через три недели пациенты способны достаточно полноценно двигаться.

Не остаются в стороне и специалисты нейрохирургического отделения ККБСМП.

**Главное –
восстановить анатомию и функции.**

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

«Бойцы СВО претерпевают высокие нагрузки. Перенос тяжелой экипировки влечет за собой обострение дегенеративных заболеваний позвоночника: возникают грыжи, ущемления нервов, стойкие болевые синдромы. У тех, кто вернулся с поля боя, зачастую присутствуют компрессионные переломы позвоночника. Наша помощь направлена на то, чтобы устранить причину болевого синдрома. В отделении нейрохирургии мы удаляем грыжи, создаем стабилизацию места компрессионного перелома, чтобы не было прогрессирования. Кроме того, нередко приходится иметь дело с удалением осколков, которые находятся вблизи нервных структур – корешков спинного мозга и непосредственно спинного мозга. Также удаляли осколки, которые находились вблизи тел позвонков, а также из мягких тканей шеи рядом с магистральными сосудами», – говорит врач-нейрохирург **Илья Колмаков**.

«Помощь участникам СВО – одна из наших приоритетных задач, – подчеркивает главный врач больницы **Андрей Макин**. – Мы не отказываем никому и стараемся максимально помочь каждому обратившемуся бойцу. Если усилий нашего стационара недостаточно, то мы рекомендуем другие профильные стационары. Восстановить здоровье нашим защитникам – наш медицинский и гражданский долг».

В этом году необходимую, в том числе консультативную помощь в ККБСМП получили более 250 бойцов. В экстренный стационар участники СВО могут попасть по направлению из военных госпиталей или же обратиться самостоятельно через приемное отделение больницы. Также можно позвонить по телефону консультативного кабинета: **8 (385-2) 36-75-07**, с 14:00 до 16:00 (кроме выходных и праздничных дней).

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-центром ККБСМП

Сладости и БАДости



На маркетплейсах сегодня весьма много товаров, которые сулят победу над аппетитом и, в частности, над тягой к сладкому. Как правило, в описании таких товаров есть пометка «Не является лекарственным средством», которую можно истолковать следующим образом: товар безвреден,



консультироваться со специалистом необязательно. Но мы решили все же проконсультироваться и задали несколько вопросов Анастасии Батмановой, врачу-эндокринологу Консультативно-диагностического центра Алтайского края.

Вопрос 1: это сила привычки?

– Анастасия Юрьевна, почему нас тянет к сладкому? Это сила привычки, вопрос вкуса и предпочтений или же все дело – в «настройках» обмена веществ?

– Сладкое активирует центр вознаграждения (выброс дофамина) сильнее, чем обычная еда. Получается, что мы едим не просто из-за чувства голода, а чтобы получить наслаждение от еды. Быстрые углеводы приводят к скачкам глюкозы в крови. После очередной сладости возникает резкое повышение уровня сахара в крови, а через пару часов – снижение, что может приводить к повышенному аппетиту.

Иногда пациенты мне говорят, что их мозг буквально требует шоколадку и без нее никак нельзя. На самом деле мозгу достаточно употребления в пищу сложных углеводов (каши, крупы, макароны, картофель), а желание – субъективное; сладкое в данном случае – быстрый источник удовольствия.

Вопрос 2: как контролировать?

– Можно ли как-то контролировать эту тягу: ограничениями, заменой более сладких продуктов на заменители или менее сладкие, диетой или иными способами, которые были бы безопасны, но при этом эффективны в борьбе с лишним весом?

– Строгие запреты работают хуже всего и часто вызывают срывы. Не зря в детстве нам говорили, что сладкое – только после еды. Если сначала съест белки и продукты, содержащие клетчатку, то пик сахара в крови от сладкого будет меньше. Хотя бы небольшая прогулка после еды тоже уменьшает эти пики. Можно использовать сахарозаменители и продукты, их содержащие, но это не панацея: тяга к сладкому все равно остается, ведь глюкоза в организм не поступила. А у некоторых людей они только усиливают аппетит. Нормализация сна нормализует и уровень гормона голода – грелина, что снижает тягу к сладкому сильнее любых диет.

Вопрос 3: толстеют ли от сладкого?

– Каков вообще «вклад» сладкой пищи и напитков в лишние килограммы? Только ли из-за сладкого они откладываются?

– Лишний вес – это профицит калорий. Если вы съедаете сладкое, но укладываетесь в суточную норму КБЖУ, вес не растет. Проблема в том, что сахар стимулирует аппетит и мешает контролировать общий объем еды. Одна шоколадка по количеству калорий заменяет полноценный прием пищи, но насыщения не дает, и после нее все равно захочется полноценно поесть.

Вопрос 4: есть ли «волшебные таблетки»?

– На любом маркетплейсе можно увидеть в свободном доступе биоактивные добавки: жиросжигатели, те, что помогают снизить аппетит и тягу к сладкому. Леденцы, капсулы, порошки... Набор активных веществ, которые в них входят, весьма разнообразен. Какие из них однозначно вредны, а какие могут нанести вред при чрезмерном употреблении? Какие безвредны, но и не дадут эффекта? Есть ли те, что безвредны и действительно могут быть подспорьем в борьбе с лишними килограммами?

– Вот, к примеру, некоторые из этих веществ, если посмотреть с точки зрения доказательной медицины.

Пиколинат хрома снижает тягу к сладкому только у людей с дефицитом хрома, который бывает не так уж часто. У людей без дефицита он, скорее, вызывает эффект плацебо.

Псилиум – это клетчатка. Он не влияет на тягу к сладкому, но создает объем в желудке, снижая общий аппетит. Безопасен при условии, что при потреблении псилиума нужно пить много воды.

Л-карнитин – безвреден, но и эффекта не дает. У здоровых людей, как правило, для потери веса не работает.

Кофеин и **таурин** могут принести вред при чрезмерном употреблении. Они подавляют аппетит кратковременно, но вызывают тахикардию,

бессонницу и тревожность. Не рекомендуется их использовать для ежедневного приема.

При употреблении **йохимбе** риск превышает пользу, он может быть потенциально опасен. Вызывает тревогу, гипертонию, аритмию. В ЕС и РФ часто ограничен.

Синефрин (экстракт апельсина) также может приносить вред при передозировке. Это стимулятор центральной нервной системы, который может повышать давление и пульс. А его эффективность в борьбе с повышенным аппетитом близка к нулю.

Гарциния безвредна, но и эффекта не дает. Исследования показали разницу в потере веса на 0,5–1 кг за три месяца, что статистически незначимо.

Альфа-липоевая кислота может помогать косвенно. Она улучшает инсулиновую чувствительность (у диабетиков). На вес влияет слабо, но безопасна в дозах до 600 мг.

Хитозан безвреден, но и эффекта нет. Он связывает жиры в кишечнике, но клинически разница с плацебо – 200 г за месяц. Вызывает метеоризм.

Инозитол безвреден и даже может помочь. Его эффективность доказана при таком гормональном заболевании, как синдром поликистозных яичников, и метаболическом синдроме (снижает уровень инсулина). Для здоровых людей – просто витаминopodobное.

Из этого списка реально работают только клетчатка (псилиум) и инозитол (при резистентности к инсулину). Остальное – пустая трата денег или риск для сердца.

Вопрос 5: как правильно бороться?

– Нужно ли вообще бороться с тягой к сладкому? И если да, то как это делать грамотно, чтобы не навредить своему здоровью? Как преодолевать так называемые срывы (приступы обжорства после ограничений)?

– Да, если тяга мешает, то следует контролировать КБЖУ. Но цель – не

Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

Справка «МиЗ»

➤ КБЖУ – аббревиатура, которая означает четыре основных компонента рационального питания: калории, белки, жиры, углеводы. Под калориями подразумевается энергетическая ценность суточного рациона.

➤ Средним соотношением БЖУ принято считать: 30% белка, 30% жиров, 40% углеводов.

➤ Потребление клетчатки в сутки: 15–25 г для детей и пожилых людей, 25 г для женщин, 38 г для мужчин.

➤ Суточная калорийность питания, рекомендованная Роспотребнадзором:

- для женщин – 1700–3000 ккал,
- для мужчин – 2500–3800 ккал.

убрать сладкое, а сделать интерес к нему управляемым.

➤ Не держите сладкое на виду, старайтесь изначально не покупать в магазине сладкое, не ходите в магазин голодными. Ешьте сладкое только как десерт после основного приема пищи, это снижает гликемический пик. Если вдруг возникло желание съесть сладкое – подождите 10 минут, выпейте воды. Часто после этого импульс угасает.

➤ Не стоит винить себя за срывы, это только усугубит тягу к сладкому, ведь плохое настроение и стрессы ее лишь повышают.

➤ Если сорвались, то скажите: «Ок, я это съел, это +500 килокалорий, ничего страшного». Не компенсируйте голодовкой на следующий день – только спровоцируете новый срыв.

➤ На следующий день вернитесь к обычному плану питания, добавьте больше белков и клетчатки в рацион.

➤ Золотое правило: только полноценный сон, белок и отсутствие жестких запретов – вот единственные доказанные методы устойчивого снижения тяги к сладкому и веса. БАДы – лишь 1-2% успеха, 98% – это режим и психогигиена.

Нам всегда хочется найти «что бы такое съесть, чтобы похудеть» или «волшебную таблетку». А нужны режим сна и отдыха, спорт и полноценное питание, что звучит просто, но на самом деле – большой труд. Выбор биодобавок сейчас очень велик, иногда нельзя быть уверенным в точном составе БАДов, потому что далеко не все из них проходят проверки. За последнее время несколько пациентов сталкивались с очень вредными добавками, в составе которых были настоящие лекарственные средства, обычно отпускаемые по рецепту, не сертифицированные и в больших дозировках. Буквально неделю назад была на приеме пенсионерка, которая нашла «чудодейственное средство от боли в суставах»: на упаковке все символы китайские, я решила помочь ей с переводом, и выяснилось, что это обычный диклофенак, который и в наших аптеках есть, только вот безопасная ли тут доза, никто не знает.

Если вы отчаялись в борьбе с лишним весом, обратитесь к врачу. Сейчас есть эффективные лекарственные средства для похудения, но назначить их может только врач. Но опять же, я это подчеркну, они не работают без изменения образа жизни.

Суточная калорийность и соотношение КБЖУ рассчитываются индивидуально, в зависимости от пола, возраста, образа жизни, условий труда, особых состояний. Например, пожилым людям нужно меньше калорий, так как с возрастом обмен веществ замедляется. А беременным женщинам их нужно больше, как и людям, занятым физическим трудом и живущим в суровом климате.

Подготовила
Елена Клишина

Жителей Алтайского края приглашают присоединиться к всероссийским

соревнованиям по ходьбе.

Ходьба – самый простой, безопасный и доступный способ стать активнее и укрепить здоровье.

Именно на этом постулате строится программа «Человек идущий» от Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации».

В прошлом чемпионате приняли участие более 65 000 человек.

В этом году проект вновь объединяет любителей движения со всей страны. Регистрация уже началась.

Считай шаги и живи долго

Программа стартовала в 2019 году при поддержке Минспорта России и полностью отвечает целям национального проекта «Продолжительная и активная жизнь»: она помогает увеличивать продолжительность здоровой жизни, формировать культуру заботы о себе и делать спорт по-настоящему массовым.

В основе проекта – всероссийские соревнования по фоновой ходьбе: учитываются все шаги, которые человек делает в течение дня. Соревнования проходят в командном зачете: команды формируются из 20–50 человек. Это могут быть трудовые коллективы, студенческие группы, жители одного муниципалитета, семейные

Человек идущий



команды или объединения сторонников здорового образа жизни.

Все максимально просто и удобно: участники бесплатно регистрируются в отечественном мобильном приложении «Человек идущий». Оно в реальном времени считает шаги каждого члена команды и формирует рейтинги. Сейчас в приложении уже более 700 тысяч пользователей.

Чемпионат этого года пройдет в два этапа. С 1 по 20 сентября состоится предварительный этап, подразумевающий регистрацию, формирование команд и обучение участников.

С 27 сентября по 27 октября – основной зачетный этап, в рамках которого и будет идти подсчет шагов.

Победителем станет команда, имеющая наибольший рейтинг в основном этапе. В случае одинаковых итоговых рейтингов побеждает команда с наибольшим количеством участников. Рейтинг рассчитывается как сумма среднеарифметического количества шагов всех участников команды за каждый день соревнований. Но есть ограничение к зачету по шагам в день – не более 25 тысяч.

Во время соревнований участники будут получать рекомендации экспер-

тов «Лиги здоровья нации» – советы по оптимизации двигательной активности и ведению здорового образа жизни. А по итогам чемпионата состоится торжественная онлайн-церемония награждения победителей и призеров, которую покажут в средствах массовой информации. Все участники получают электронные сертификаты участников в мобильном приложении «Человек идущий». Победителям основного этапа вручат от организаторов проекта кубки, медали, значки, дипломы победителей соответствующих достоинств.

Проект уже дважды включали в сборник лучших практик «Активного долголетия» нацпроекта «Демография», а также в сборник успешных практик общественного здравоохранения. И это не случайно: длительные соревнования, цифровые инструменты и элементы игры помогают людям не просто начать двигаться больше, но и сохранять привычку к активности надолго. В результате снижается риск инфекционных заболеваний, улучшается самочувствие, а у участников развиваются полезные навыки планирования и самоконтроля.

Коротко

«Человек идущий» в цифрах

- Более 750 000 зарегистрированных пользователей за период реализации программы.
- В прошлом году в чемпионате приняли участие:
 - 65 414 человек, которые объединились в 2471 команду;
 - 81 субъект Российской Федерации и 656 городов.
- Участники сделали более 52 млрд шагов.

Как можно присоединиться:

Официальный сайт:

человекидущий.рф

Контактное лицо в Алтайском крае: **Валерия Витальевна Апрелькова**

Телефон: **+7 (917) 528-16-86**

Электронная почта: **ok@znopr.ru**

Здоровье через ходьбу

«Ходьба – естественный и привычный с детства навык. Она не имеет противопоказаний, подходит людям любого возраста и уровня подготовки. Для нее не нужно специального оборудования или спортзала: достаточно просто больше двигаться в обычной жизни, – говорит врач высшей категории по спортивной медицине и лечебной физкультуре Алтайского краевого областного диспансера, к. м. н., доцент кафедры медицинской реабилитации АГМУ **Елена Бойко**. – При ходьбе по пересеченной местности рационально работают мышцы верхних и нижних конечностей, суставы не испытывают нагрузки. Кроме того, улучшается сердечный выброс – количество крови, обогащенной кислородом, которое поступает ко всем органам и системам при сердечном

Продолжение на стр. 28 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

сокращении. За счет диастолического давления она распределяется во все структуры организма, отдавая тканям кислород. Ходьба позитивно влияет на возврат крови. За счет активной работы вен она хорошо поднимается и возвращается к сердцу, по пути обогащаясь кислородом через легкие. Это очень конструктивная работа всего организма, для которой нет противопоказаний. Можно ходить с палками, на эллипсе, по беговой дорожке – каждый выберет лучший для себя вариант. При этом человек может менять скорость, ориентируясь на самочувствие и реакцию сердечно-сосудистой системы. Начал задыхаться – значит стоит снизить темп. Кроме того, он может ориентироваться на преодоленное расстояние или количество пройденных шагов, каждый раз увеличивая его».

По словам врача, ходьба – хорошая возможность аэробной циклической нагрузки с разгрузкой нижних конечностей. Работа большими мышечными группами создает адекватную нагрузку на сердце. Спортивный врач не рекомендует выходить на тренировку в нездоровом состоянии – прежде чем давать дополнительную нагрузку организму, важно стабилизировать его. Тем, кто страдает артериальной гипертензией или же другим заболеванием, требующим медикаментозной коррекции, проводить тренировки необходимо на фоне приема лекарственных средств. Ходьба – не лечебное средство, несмотря на то, что существенно повышает уровень здоровья и позитивно влияет на все системы организма, напоминает Елена Бойко. Специалист рекомендует приучить себя ходить в определенное время, выбрав свой циркадный ритм. Но в любом случае за два часа до сна тренировку нужно закончить.

Подготовила Ирина Савина

Без осенней хандры



Световой день уже стал заметно короче, уличные температуры опускаются, погодные условия меняются – все это влияет как на физическое состояние, так и на эмоциональный фон жителей Сибири. Как пережить смену сезонов без апатии и простуд и подготовить организм к периоду холодов – разбираемся вместе с экспертами.

Вызовы вирусов: новые версии

Холодный сезон всегда проходит в сопровождении острых респираторных заболеваний. По словам главного внештатного специалиста по инфекционным заболеваниям **Валерия Шевченко**, анализ прошедших двух лет говорит о том, что вирус гриппа в структуре ОРВИ сохраняет свою актуальность. «После того как

мы вышли из истории с коронавирусной инфекцией, грипп возвращается так называемый иммунологический долг. Из года в год количество зарегистрированных случаев заболевания увеличивается. И дело не только в том, что лабораторная диагностика совершенствуется и становится более доступной. Возрастает реальное количество больных с установленным диагнозом грипп. Это говорит о том, что мы должны применять все возможные

способы профилактики данной болезни. Грипп страшен своим острым периодом, но есть и отсроченные осложнения, характерные для этой болезни, – отмечает Валерий Шевченко. – В структуре всех ОРВИ доля вируса гриппа составляет 30%. Его считают самым опасным инфекционным агентом, но помимо него существует целый набор возбудителей ОРВИ – их больше 200. Не менее актуальны и довольно серьезные по своим последствиям респираторно-синцитиальный вирус, а также риновирусная инфекция, которая может вызывать в том числе и поражения легких».

По итогам 2025 года специалисты определили, что ОРВИ нанесли сильнейший экономический ущерб государству, учитывая затраты на лечение, реабилитацию, выплаты по листам нетрудоспособности. Тенденция сохраняется, и поэтому эксперты напоминают, что важно заниматься профилактическими мерами накануне сезона холодов. И большая роль в этом отводится неспецифической профилактике, ответственность за которую ложится на плечи самих жителей региона. Это те самые простые, но важные постулаты – принципы здорового образа жизни, рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, правил гигиены и применение элементов закаливания.

Специфическая профилактика подразумевает медицинскую помощь в виде фармацевтического набора лекарственных препаратов, которые можно применять для экстренной и плановой профилактики в период подъема заболеваемости.

По предварительным прогнозам, предполагается некоторая замена вариантов вируса гриппа, которые будут циркулировать в наступившем сезоне. «Особенность вируса гриппа заключается в его изменчивости. Для сезона 2025–2026 годов ВОЗ обновила рекомендации по штаммам в вакцинах, поскольку происходят значительные изменения у предполагаемых агентов группы вируса гриппа. Предполагается, что в этом году все три варианта вируса, которые вошли в вакцину, ме-

няются – происходит так называемый дрейф в формировании новых подвидов вируса. В прошлом году говорили, что в составе предполагаемых циркулирующих вирусов поменяются 2-3 компонента, и должна сохраниться иммунологическая прослойка из тех, кто переболел в прошлом году. Но неизвестно, насколько она надежна. В этом году ожидается большой подъем заболеваемости, поэтому нужно использовать все инструменты», – подчеркивает Валерий Шевченко.

В качестве превентивных специфических мер инфекционисты и эпидемиологи рекомендуют проходить осеннюю вакцинацию от гриппа.

Добавить солнца и наладить ритмы

К волне острых респираторных заболеваний готовятся и медики первичного звена. Главный врач городской поликлиники № 1 Барнаула **Елена Азарова** призывает входить в сезон дождей и холодов разумно. Начать с того, что одеваться следует по погоде и соблюдать правила гигиены. Если почувствовали недомогание – оставаться дома и не распространять инфекцию в коллективе. «У каждого заболевания есть продромальный период – этап, когда появляются первые его признаки, человек понимает, что с организмом что-то не так. Для ОРВИ это першение в горле, свербение в носу, ощущение разбитости в теле. Пока это не перешло в клинический период болезни, нужно исключить физический контакт с инфекционным возбудителем: промыть нос (чистая вода – буквально физический барьер для инфекционных агентов, которые попадают в носовую проход), прополоскать горло – содой, солевым раствором, отваром ромашки или календулы. В продромальную фазу необходимо большое количество жид-

кости, поэтому обязательно обильное питье. Это может быть даже обыкновенная вода, можно добавить витамин С, лимон и малину. На пользу пойдут чаи, компоты, морсы. Комната, в которой находится заболевший, должна быть чистая, проветренная и увлажненная», – напоминает Елена Азарова.

Врач отмечает, что особенности нашего региона таковы, что за короткое лето витамин D не успевает выработаться и запастись в необходимом количестве. Между тем он играет ключевую роль в регуляции множества физиологических процессов в организме. Витамин D участвует в регуляции кальциево-фосфорного обмена и обеспечивает здоровье и крепость костей, положительно влияет на нервную систему и настроение, поскольку задействован в синтезе серотонина. Этот витамин помогает организму эффективно бороться с инфекциями, одновременно снижая риск аутоиммунных реакций, защищает сердечно-сосудистую систему, участвует в гормональной регуляции. Эксперт рекомендует осенью и зимой принимать его в профилактических дозах – около 2000 МЕ, в тандеме с витамином К₂ для эффективного усвоения. Для подбора индивидуальной дозы лучше обратиться к врачу.

Елена Азарова напоминает, что заботиться о своем здоровье нужно в текущем режиме. Важно регулярно проходить чек-апы в рамках диспансеризации и профосмотров, чтобы понимать, существуют ли проблемы со здоровьем, и вовремя решать их.

Говоря об изменениях в осенний период, врач-эндокринолог Консультативно-диагностического центра Алтайского края **Анастасия Батманова** отмечает, что организм умеет справляться с внешними стрессовыми воз-

Заботиться о здоровье нужно в текущем режиме. Важно регулярно проходить чек-апы в рамках диспансеризации и профосмотров, чтобы понимать, существуют ли проблемы со здоровьем, и вовремя решать их.

Продолжение на стр. 30»

«Продолжение. Начало на стр. 28-29

действиями, адаптируясь под сезонные изменения. Но можно помочь ему, влияя на циркадные ритмы, которые тоже трансформируются. «Когда световой день становится короче, можно использовать специальные лампы, которые имитируют солнечный свет. А также чаще бывать на свежем воздухе: дневной уличный свет лучше действует на организм, чем свет внутри помещений. Кроме того, важно ложиться спать и просыпаться в одно и то же время. Такая привычка наладит режим сна и будет стимулировать правильную выработку мелатонина, нормализует работу гормонов в организме. Не нужно резко менять график сна – если привыкли ложиться спать в полночь, не стоит резко отправляться в кровать на два часа раньше. Режим сна меняем постепенно, сдвигая время отхода к нему на 15 минут, – предупреждает Анастасия Батманова. – Днем необходимо добавить физическую активность. Она обеспечит дополнительный заряд бодрости. Во второй половине дня рекомендуется сократить употребление кофе и кофеинсодержащих напитков. Не стоит использовать алкоголь как средство для засыпания. А отказ от курения будет способствовать нормальной работе всего организма».

Врач-эндокринолог опровергает миф о том, что надпочечники испытывают стресс и устают от холодов. Наоборот, они вырабатывают гормоны, которые помогают организму адаптироваться к стрессу, в том числе связанному с переходным сезоном. Любые же возникшие проблемы лучше решать со специалистами.

С хандрой – начеку

По словам заведующей психотерапевтическим кабинетом Краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана **Елены Пестовой**, в летнее время пациенты больше страдают депрессивными реакциями от дезадаптации, а также тревожными фобическими астеническими расстройствами. Осенью же на первый план

выходят депрессивные расстройства. «Для здоровой психики важна тесная связь с природой. Летом люди, как правило, проводят много времени на свежем воздухе. Даже если во время выходных переключиться с рабочих моментов на разгрузку на свежем воздухе, тревожные реакции быстро купируются. Выход из отпуска на работу, большой объем дел и многозадачность – все это является стрессом для организма. Если еще добавить просмотр ленты новостей, где преобладает негативная информация, то у людей усиливается тревога, развиваются апатия и чувство безысходности», – отмечает врач-психотерапевт высшей категории.

Елена Пестова рекомендует обращать внимание на ряд симптомов. «Если вы замечаете у себя или близкого человека нарастающую апатию, потерю интереса к тому, что раньше радовало, сильную усталость и недомогание, быстрое истощение, нарушения сна или аппетита, появление болей в теле, чувство страха и беспомощности, нарушение концентрации внимания, снижение привычной активности, отказ от общения, то не стоит списывать это только на сезон. Лучше обратиться к специалисту (психиатру, психотерапевту). Врач поможет разобраться – это просто реакция на смену сезона (процесс дезадаптации) или действительно начало или обострение депрессивного расстройства или же другого заболевания психиатрического характера. При своевременной поддержке состояние можно скорректировать, но нужно понимать: психиатрические расстройства – не насморк, просто так они не пройдут. Подчас нужна серьезная комплексная терапия», – подчеркивает эксперт.

При обращении к врачам пациента ожидают беседа с психотерапевтом и психологическое тестирование. Кроме того, в арсенале специалистов появилась дополнительная аппаратура, с помощью которой они оценивают суицидальный риск и наличие мотивации на жизнь. После тщательной диагностики врачи определяют с диагнозом и дальнейшей тактикой.

Отдельная группа риска в переходный период – кардиологические пациенты. Как правило, это коморбидные больные – имеющие несколько внекардиальных патологий. По словам заместителя главного врача Краевой кардиологической диспансерной по организационно-методической работе **Елены Никулиной**, они подвержены эндокринным патологиям, а также депрессивным и неврологическим отклонениям. «С точки зрения кардиологического больного, осень – период не только укороченного светового дня, но и нестабильного атмосферного давления. Это триггер, который может спровоцировать гипертонический криз, запустить обострение при ишемической болезни сердца, – говорит Елена Никулина. – Кроме того, это время интенсивной работы на приусадебных участках, посещения леса. Все эти действия зачастую сопровождаются подъемом тяжести. И чаще всего пациенты не соблюдают рекомендации по физической нагрузке. Есть даже такие понятия, как садовые, огородные и грибные инфаркты, которые происходят осенью».

Врач напоминает, что кардиологический пациент в любое время года должен придерживаться правильной терапии, которая будет поддерживать целевые показатели артериального давления, и находиться на плановом диспансерном наблюдении. Таким пациентам не следует нигде оставаться в одиночку, и они всегда должны при себе иметь телефон, чтобы вызвать скорую помощь, а также препараты экстренной помощи. Все кардиологические больные, и особенно те, кто перенес острое коронарное событие, должны обучаться в специализированных школах гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и других, где отрабатывают приемы само- и взаимопомощи.

Какими бы ни были диагнозы, важно своевременно заботиться о состоянии своего организма, и тогда любой сезон будет в радость.

Подготовила
Ирина Савина

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор!».

Выражаю благодарность врачам КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» за высокий профессионализм и доброжелательное отношение. Несколько месяцев назад в другом регионе мне был установлен стент в сосуд сердца и рекомендовано шунтирование ввиду непроходимости сосудов. Врачи Алтайского кардиодиспансера блестяще провели операцию стентирования нескольких сосудов, и необходимость в шунтировании отпала. Безмерно благодарен.

Владимир Иосифович Войчишин

Выражаю благодарность от всей семьи прекрасному врачу УЗИ ХКГБУЗ «Ребрихинская ЦРБ» **Владимиру Борисовичу Санкину**. Профессиональный, внимательный, деликатный и доброжелательный. Его УЗИ-диагностика – самая точная из всех известных мне. Лучший врач!

Наталья Алексеевна Неудахина

Хочется выразить особую благодарность сотрудникам гинекологического отделения №2 КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул» за бережное и отзывчивое отношение к пациентам, складывается такое ощущение, что ты в гостях, где хозяин создает для тебя максимально комфортные условия пребывания, спасибо врачу-гинекологу **Надежде Владимировне Гетман**, медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу отделения.

Галина Николаевна Шипулина

Хотелось бы выразить благодарность чуткому, внимательному, понимающему и вежливому специалисту КГБУЗ «Городская больница имени Л. Я. Литвиненко, г. Новоалтайск» **Ксении Алексеевне Фоминых**. Спасибо ей огромное. Профессиональных Вам побед, доктор.

Ковальчук

Благодарность специалисту отделения патологии новорожденных и недоношенных детей КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» **Екатерине Сергеевне Кучеренко**. Спасибо за профессионализм и за умение объяснить сложное простыми словами в стрессовой для мамы ситуации. Медсестрам отделения: **Варваре, Алине, Ульяне, Кристине, Софье**. За чуткость к женщинам, чьи детки проходят лечение, за умение поддержать, за готовность помочь и объяснить особенности ухода за детьми, за нежность по отношению к малышам, за улыбки и внимание, несмотря на напряженный рабочий график. Сотрудницам, которые обеспечивают порядок в отделении и разносят еду пациентам.

Екатерина Олеговна Барина

Выражаем благодарность бригаде скорой помощи подстанции «Черемушки» КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»: **Татьяне Александровне Василевской** и ее напарнице, которые оперативно прибыли на вызов. Сотрудники быстро прояснили ситуацию, выяснили характер боли, сняли кардиограмму и дали рекомендации. Огромное человеческое спасибо!

Ю. Б. Лукьянчикова

Выражаю искреннюю благодарность врачу-стоматологу КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г. Рубцовск» **Александру Викторовичу Казанцеву**. Более десяти лет назад я попала на прием к Александру Викторовичу. Благодаря профессионализму и чуткому подходу доктора лечение прошло комфортно и безболезненно. Теперь, если мне необходима помощь в области стоматологии, всегда обращаюсь к Александру Викторовичу. Он всегда подробно объяснит план лечения и ответит на все мои вопросы. Хочется сказать огромное спасибо за высокое качество работы, внимательное отношение и золотые руки! Желаю дальнейших профессиональных успехов.

Мария Владимировна Лойша

Большая благодарность сотрудникам регистратуры КГБУЗ «Солонешенская ЦРБ». Всегда отзывчивые, доброжелательные, понимающие. Также хочу выразить благодарность фельдшеру **Светлане Давидовне Насировой**. Очень внимательная и грамотная.

Д. С. Норрис

Хочу выразить благодарность детскому врачу КГБУЗ «Бийская ЦРБ». Спасибо **Ларисе Николаевне** за правильные диагнозы и вовремя назначенные препараты, быстрое и эффективное лечение. Очень рада, что здоровье своих детей доверяю именно ей. Внимательный, отзывчивый специалист и мастер своего дела!

И. Г. Аленкова

Хочу выразить благодарность за помощь в лечении хирургу КГБУЗ «Тальменская ЦРБ» **Роману Евгеньевичу Дроботу**.

Наталья Леонидовна Романова



80 лет – станции скорой медицинской помощи г. Бийска

В этом году исполняется 80 лет со дня образования станции скорой медицинской помощи города Бийска. Она была организована в 1946 году – в тяжелое послевоенное время.

Теперь это мощная медицинская структура для экстренной помощи, где трудятся почти 400 сотрудников. Ежедневно на дежурство заступает около 30 бригад, еженедельная нагрузка составляет более полутора тысяч вызовов.

На базе станции в сентябре 2023 года была организована Единая диспетчерская служба неотложной медицинской помощи жителям всего Алтайского края. Механизм оказался настолько эффективным, что его начали использовать и в других регионах России.



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: fitnessnyashka.ru, dzen.ru, looktosee.ru, mosmedtour.com, sobltv.ru