Алтайская краевая медицинская газета | 12+

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 10 (760) 23 октября 2026 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Источник фото: dzen.ru

Хранители детского покоя

› Стр. 7-10

Мышцы под угрозой

› Стр. 16-18

Человеку нужен человек

› Стр. 25-27

Новинка диспансеризации

Появилась еще одна веская причина не пропускать ежегодный медосмотр. С 1 сентября в поликлиниках Алтайского края, как и по всей стране, обновился порядок диспансеризации — это важная часть работы в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Расширение программы бесплатной диспансеризации направлено на то, чтобы выявлять риски сердечно-сосудистых заболеваний на ранних этапах и тем самым помогать людям дольше оставаться здоровыми и активными.

Перечень бесплатных лабораторных исследований расширился, что позволяет вовремя заметить скрытые риски инфаркта или инсульта. Раньше во время диспансеризации проверяли только общий уровень холестерина. Если он оказывался повышенным, пациента отправляли на повторный развернутый анализ – липидограмму. Для этого человеку приходилось заново записываться в свою участковую поликлинику и повторно сдавать кровь из вены. Теперь же развернутый липидный профиль включен в базовую программу диспансеризации. Полный анализ крови на фракции холестерина берут сразу, при первом обращении.

Еще одна новинка диспансеризации – бесплатный анализ на липопротеин. Этот генетический маркер показывает врожденную склонность к болезням сердца. Его уровень передается по наследству, поэтому диеты и спорт на него не влияют. Тест назначается строго по показаниям – в первую очередь тем, у кого плохая наследственность. Если у ваших родителей, братьев или сестер был инфаркт или инсульт в возрасте до 55 лет, обязательно скажите об этом врачу на диспансеризации, чтобы получить направление и вовремя проверить сосуды.

«Не пациент к нам, а мы к пациенту»



Состоялась передача ключей от мобильных медицинских комплексов главным врачам Алейской и Славгородской центральных районных больниц, а также Городской больницы № 2 Рубцовска. Вручение провел министр здравоохранения региона Дмитрий Попов.

Как отметил Губернатор края Виктор Томенко, поставка оборудования – результат системной работы по повышению доступности медпомощи: еще в середине сентября, в ходе прямой линии, жительница Шипуновского района рассказала о трудностях с прохождением маммографии. Тогда Виктор Томенко обозначил планы по закупке техники, и сегодня эти планы реализованы.

В рамках проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» для ЦРБ приобретены три маммографа и один флюорограф. Комплексы размещены на базе автомобилей КамАЗ — их проходимость особенно важна для работы в сельской местности, где состояние дорог нередко осложняет передвижение.

По словам губернатора, такие мобильные комплексы очень востребованы во многих районах края: у людей появляется больше возможностей для прохождения диагностики, а значит, в случае необходимости пациенты получают лечение быстрее.

Бесперебойную работу техники обеспечивает АО «Алтаймедтехника» — компания, на 100% принадлежащая правительству края. Как рассказал генеральный директор **Иван Солнцев**, специалисты компании проводят ежемесячное плановое техобслуживание, а при необходимости оперативно выезжают на места. Обслуживание предусмотрено как в гарантийный, так и в послегарантийный период.

Главные врачи медучреждений, получивших комплексы, отмечают, что новое оборудование позволит перейти к принципу «Не пациент к нам, а мы к пациенту».

Инновационный имплант

Ученые Алтайского государственного медицинского университета представили результаты успешных доклинических исследований нового гибридного импланта для лечения грыж передней брюшной стенки. Разработка, поддержанная грантом Губернатора Алтайского края, открывает перспективы для повышения безопасности и эффективности хирургических вмешательств.

Сегодня при протезирующей герниопластике стандартом остается применение полипропиленовой сетки. Однако при таком подходе нередко случаются осложнения – внутренние спайки, серомы, болевой синдром и послеоперационные инфекции. В конечном итоге они могут приводить к рецидиву грыжи. Поэтому поиск новых методов в этой области остается актуальным.

Ученые АГМУ предложили решение – гибридный композитный материал на основе бактериальной наноцеллюлозы (БНЦ). На доклиническом этапе доказана его высокая эффективность.

Инновационный биополимер втрое снижает риск спаечных осложнений, сохраняя необходимую прочность брюшной стенки.

Открытие поликлинического отделения Городской больницы №3



В церемонии открытия приняли участие Губернатор Алтайского края Виктор Томенко, министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов, представители городской администрации, депутат Государственной Думы Даниил Бессарабов, а также руководители медицинских учреждений региона, сотрудники поликлиники и местные жители.

На капитальный ремонт и оснащение объекта было направлено более 330 млн рублей, из которых 90 млн выделено на закупку современного оборудования. Здание, в период пандемии перепрофилированное под ковидный госпиталь, полностью адаптировано под задачи плановой амбулаторной помощи.

Фоторепортаж – на стр. 32 »

Когда рядом есть тот, кто поможет

Умение вовремя и правильно помочь человеку в экстренной ситуации — один из важнейших элементов общественной безопасности. В Алтайском крае этому уделяют особое внимание: на данный момент навыками первой помощи владеют уже более 466 тыс. человек. Чем шире этот круг, тем выше вероятность, что в критический момент рядом окажется тот, кто не растеряется и сделает все необходимое до приезда медиков.

Среди новых участников этой важной работы — сотрудники управления по обеспечению деятельности мировых судей.

Тренинг вели специалисты Алтайского института развития медицинского образования вместе с инструктором по тактической медицине **Евгением Весниным**. По словам эксперта, именно практика доводит правильные действия до автоматизма, а в стрессовой ситуации это спасает время и жизни.

«Мы прививаемся всей семьей»



Когда ждешь ребенка, хочется максимально оградить себя и малыша от любых рисков. Именно поэтому все больше будущих мам в Алтайском крае принимают решение о вакцинации от гриппа — и делают это осознанно, после консультации с врачом.

Молодая мама **Екатерина Левченко** рассказывает: «Во время беременности ты отвечаешь не только за себя, но и за здоровье малыша. Мы прививаемся всей семьей, чтобы не сталкиваться с гриппом и его осложнениями». Такой подход разделяют и врачи: прививка будущей мамы — это не только защита ее самой, но и косвенная защита новорожденного, который в первые месяцы жизни еще не может быть вакцинирован.

Почему это важно? Беременность — это состояние физиологической иммуносупрессии. Так природа защищает плод, но ценой повышенной уязвимости мамы к инфекциям. Грипп у беременных нередко протекает тяжело, поэтому профилактика здесь особенно актуальна.

Безопасная и эффективная мера — вакцинация инактивированными препаратами. Они не вызывают болезнь, но помогают организму выработать антитела. Оптимально делать прививку во втором или третьем триместре — с 14-й по 36-ю неделю. Решение всегда принимается совместно с гинекологом и терапевтом.

Кому особенно нужна прививка:

- беременным;
- детям от 6 месяцев;
- людям старше 60 лет;
- пациентам с хроническими болезнями;
- тем, кто много контактирует с людьми (медики, учителя и др.).

Все эти меры — часть нацпроекта «Семья»: он помогает сохранять здоровье будущих родителей и малышей, делает профилактику понятной и доступной. Если вы беременны и сомневаетесь — поговорите с лечащим врачом: он расскажет, как лучше поступить именно в вашем случае.

Медленно, но верно



Дефицит врачей в Алтайском крае сократился на треть. Этого удалось добиться благодаря планомерным действиям: целевое обучение, дополнительные выплаты и развитие института наставничества. Все эти шаги помогли переломить негативную тенденцию исхода молодых специалистов в первый год их работы в медучреждениях. Какая сегодня ситуация на кадровом рынке и каков дальнейший вектор развития отрасли, рассказал министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов.

Целевой формат - гарант трудоустройства

Осенние месяцы – время активного трудоустройства выпускников медицинских образовательных учреждений, которые получили дипломы. В этом году выпуск специалитета АГМУ составил почти 800 человек. Две трети выпускников уже трудоустроены в медицинские учреждения края – работают участковыми терапевтами или педиатрами. Благодаря им закрываются базовые специальности лечащих докторов.

313 молодых специалистов ушли на подготовку в ординатуру. В свою очередь, ординатуру успешно окончили еще чуть более 300 врачей, из них 262 человека начали осваивать профессию на практике. Такой высокий процент трудоустройства министр здравоохранения объясняет эффективностью целевого формата обучения. Так называемые «целевики» (те, кто подписал трудовой договор и поступил в учебное учреждение) имеют высокий процент возврата в ту медицинскую организацию, с которой подписан договор, подчеркивает министр здравоохранения.

Среднее профессиональное образование в этом году получили 1950 студентов. 1100 из них учились на бюджетной основе. На рабочие места вышли 945 человек, а 200 выпускников решили продолжить обучение и пошли получать высшее образование в медицинский университет.

Традиционно молодежь привлекают медицинские учреждения краевого уровня. Это актуально и для самих организаций: коллективы в них большие, и потребность в кадрах – соответствующая. Так, в этом году Краевая клиническая больница взяла в штат 18 «новобранцев», Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2 и Консультативно-диагностическая поликлиника № 14 Барнаула – по 13 человек, по 12 молодых специалистов приняли в свои коллективы Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи и городская поликлиника № 9, 11 человек пришли работать в Алтайский краевой онкологический диспансер.

«Кадровый вопрос – один из основных векторов работы министерства здравоохранения края в части развития отрасли. Он подразумевает подготовку специалистов тех компетенций, которые требуются на уровне центральной районной больницы, межрайонного центра или же краевого учреждения третьего уровня. Вопросы целевой подготовки, наставничества, адаптации внутри коллектива и развития профессиональных навыков – основное в кадровой политике региона, – отмечает Дмитрий Попов. – Мы продолжили движение по вектору, который был задан в 2022 году с принятием закона Алтайского края о поддержке медицинских работников – № 45-ЗС. Те наработки, которые мы внедряем в работу каждой медицинской организации, уже дают свои плоды. Нам удалось переломить негативную тенденцию ежегодной убыли врачей и средних медработников, которая складывалась долгие годы. В 2026 году отмечаем, что положительная тенденция сохранилась. Дефицит медицинских сотрудников постепенно снижается. Среди врачей в прошлом году он снизился почти на 30%, по среднему медперсоналу – на 26%. Очень важным моментом кадровой политики является трудоустройство выпускников вуза и АИРМО».

В этом году приемная кампания прошла успешно: план набора выполнен. При этом приемные комиссии АГМУ и АИРМО зафиксировали довольно высокую конкуренцию среди абитуриентов.

Министерство здравоохранения Алтайского края, выступая заказчиком целевого обучения по программам специалитета, сохранило квоту в прежнем объеме по сравнению с 2025 годом: лечебное дело – 175 мест, педиатрия – 75 мест, стоматология – 5 мест, фармация – 5 мест. При этом проходной балл на целевое обучение увеличился на 20,3% по сравнению с прошлым годом.

По программе ординатуры министерство увеличило количество целевых мест на 77,8% (88 мест). В этом году заключено 611 договоров о целевом обучении: 202 – ординатура, 257 – специалитет, 152 – СПО.

План приема на обучение по программам СПО составлял 1100 бюджетных мест, из которых 368 мест – по

Продолжение на стр. 6 »

Это важно!

- С целью привлечения и закрепления медицинских кадров по инициативе Правительства Алтайского края предусмотрены меры социальной поддержки медицинских работников: принят закон от 30.06.2022 № 45-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере обеспечения кадрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения Алтайского края» – о дополнительных мерах поддержки медицинских работников.
- Ежегодное финансирование принятых региональных форм поддержки медицинских и иных работников отрасли здравоохранения региона за счет средств краевого бюджета составляет более 0,8 млрд руб. Финансирование всех мероприятий продолжено в 2026 году.
- Ежемесячные выплаты в течение трех лет получают молодые врачи-терапевты участковые и врачи-педиатры участковые, а также фельдшеры.
- Наставникам молодых специалистов предусмотрены доплаты в рамках трудового договора, а также выплаты из регионального бюджета.
- Врачи, которые проводят выездную работу и осуществляют консультативный прием пациентов центральных районных больниц, входящих в медицинский округ, получают ежемесячные выплаты.
- Действует региональная программа компенсации расходов на оплату обучения по программам профессиональной переподготовки для лиц, желающих трудоустроиться в краевую медицинскую организацию.
- Реализуется программа по предоставлению медработникам ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений.

Работникам станций и отделений скорой медицинской помощи предоставляется ежемесячная выплата.

- Специальная социальная выплата предоставляется медработникам, оказывающим медицинскую помощь, не входящую в базовую программу обязательного медицинского страхования и финансируемую за счет средств краевого бюджета.
- Ежемесячная денежная выплата предоставляется специалистам медицинских организаций, работающим и проживающим в сельской местности.
- В собственности края находится 389 служебных жилых помещений, которые переданы в пользование медицинским работникам особо востребованных узких специальностей на период их работы в конкретной медицинской организации. Предоставление такого жилья является мерой по закреплению специалистов на рабочих местах.
- С 2019 года в крае действует программа по предоставлению медицинским работникам ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений (7–15 тыс. рублей). Ежегодно выплаты получают около 350 специалистов. Сумма выплат в 2025 году составила более 34,5 млн рублей.

Продолжение. Начало на стр. 4-5

Цифры и факты

Сегодня в государственных медицинских организациях Алтайского края работают 8 396 врачей и 19 176 средних медицинских работников.

Отмечается снижение дефицита кадров по сравнению с 2025 годом: врачей – на 29,63%, СМР – на 25,78%.

В 2025 году прирост составил 84 врача. С 2023 года удалось приостановить убыль средних медработников (-64), а по итогам 2025 года впервые зарегистрировано их пополнение на 66 человек.

По программе «Земский доктор/Земский фельдшер» в 2025 году трудоустроены в медицинские организации и получили единовременные компенсационные выплаты 133 специалиста: 76 врачей и 57 средних медицинских работников.

В 2026 году планируется предоставить выплаты 124 специалистам: 85 врачам и 39 средним медицинским работникам.

14 человек уже получили выплаты (4 врача и 10 СМР).

договорам на целевое обучение (заключено 152 договора), и 720 – внебюджетный прием. Фактически зачислено 1093 абитуриента.

Кроме того, в крае ведется большая профориентационная работа. Ежегодно подведомственные медицинские организации региона на своих базах проводят экскурсии для школьников 8–11 классов с целью заинтересовать их и в будущем привлечь в медицину новые кадры. Так, в этом году почти 700 школьников приняли участие в экскурсиях на объектах здравоохранения и в мастер-классах по обучению навыкам оказания первой помощи.

Под крылом наставника

Профессия медика – довольно сложная, как физически, так и эмоционально. Погружение в нее подразумевает проявление тех навыков, которые студенты прибрели в образовательных учреждениях. «Когда уходишь в практику, важно, чтобы рядом с тобой был человек, который тебя поддержит, даст профессиональный совет. Это помогает молодому специалисту адаптироваться как в коллективе, так и в профессии в целом. Системно мы занялись этим вопросом также в 2022 году. В числе прочих мер появились доплаты наставникам, – отмечает Дмитрий Попов. – Наставники появились практически в каждой медицинской организации. Сегодня их более 1000 в крае, все они включены в специальный реестр. В этом году при трудоустройстве каждого выпускника мы закрепили за наставником. Повторюсь: главная идея – адаптация и рост профессиональных навыков. Первый год всегда критичен: возникает масса профессиональных вопросов, сомнений, и если не к кому обратиться, то желание у молодого специалиста одно – уйти. При помощи наставников мы хотим сохранить веру молодого врача в будущую профессию и максимально укоренить его как специалиста. Уже сейчас видим, что отток снизился на треть – среди тех, кто увольнялся в течение первого года. Мы ожидаем увидеть минимальный отток молодых кадров с мест трудоустройства в течение трех лет».

При помощи наставников мы хотим сохранить веру молодого врача в будущую профессию и максимально укоренить его как специалиста.

Бывают и такие случаи, когда «целевики» не исполняют условия договора. Ежегодно договоры по различным причинам расторгают около 10%. Для медицинской организации это достаточно серьезная потеря, поскольку механизм целевого набора довольно сложен и обусловлен многими данными. «Формируется заявка со стороны главного врача медицинской организации, далее квоту нужно довести до медицинских образовательных учреждений. Такой согласованный вариант позволяет обеспечить возвращение специалиста в медицинскую организацию, где его ждут и на него рассчитывают, – поясняет министр здравоохранения Алтайского края. – Поэтому сегодня, согласно федеральному закону, подразумевается возвращение средств в двукратном размере за оплаченное государством обучение».

Алтайскому краю по-прежнему требуются анестезиологи и реаниматологи, хирурги, акушеры и гинекологи, неврологи и кардиологи – базовые специалисты для стационаров, которые работают на округ и оказывают экстренную помощь. Поликлиническое звено также нуждается в неврологах, кардиологах и хирургах.

У министерства здравоохранения региона заключены соглашения со всеми муниципалитетами, в которых прописана взаимная ответственность в части привлечения и закрепления молодых специалистов. Чтобы ситуация в крае и дальше менялась только в лучшую сторону, планируется продолжить работу в формате обучения конкретного специалиста для конкретной медицинской организации. Сегодня работает цифровая платформа, которая позволяет видеть каждого выпускника и его компетенции.

Ирина Савина

Хранители детского покоя

Мы продолжаем серию публикаций о медиках Алтайского края, отмеченных государственными наградами в этом году. Сегодня гостями нашего номера стали представители Детской городской клинической больницы № 7 Барнаула: заведующий приемным отделением, врач детский хирург Игорь Осецкий, которому присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», и старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации Татьяна Инешина, которая получила звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».



Без внимания не остается никто

Развести потоки

Говоря официальным языком, звание «Заслуженный врач Российской Федерации» Игорю Геннадьевичу Осецкому присвоено за мастерство в оказании экстренной помощи детям и внедрение современных подходов в работу приемного отделения. Что скрывается за сухой фразой? Годы работы и тысячи детей, которым сохранено здоровье, а их родителям – нервы.

Через приемный покой Детской городской клинической больницы № 7 Барнаула проходит до 60 пациентов в сутки. За год эта цифра только в хирургическом отделении достигает 12 тысяч. «Мы работаем в экстренном режиме ежедневно 24 часа в сутки. Больница принимает всех: тех, кто приходит самостоятельно, и тех, кого привозят на скорой, – говорит Игорь Осецкий. – Одна из частых причин для обращения в детскую больницу – так называемый «острый живот», или, иначе говоря, боли в животе. Причин может быть масса: инфекционные заболевания, гастроэнтерологические, хирургические патологии или же гинекологические проблемы у девочек – все это может сопровождаться болями в животе. Наша задача – дифференцировать их и установить диагноз. Если у пациента обнаружена хирургическая патология, он госпитализируется в детское хирургическое отделение. При подозрении на какие-то заболевания, которые не можем ис-

Цитата доктора

– Мы – люди-практики, все ощущаем через руки, интуицию – так нас воспитали наши учителя.

Продолжение на стр. 8-10

Продолжение. Начало на стр. 7

ключить, проводим дополнительные исследования – лабораторные анализы, ультразвуковое исследование. Без внимания не остается никто».

Как правило, основная масса – амбулаторные больные. Безусловно, лучше перестраховаться и исключить хирургическую патологию, отмечает детский хирург и предупреждает: с любыми болями в животе лучше обратиться к специалисту. Ни в коем случае не заниматься самолечением и особенно – не принимать обезболивающие препараты: они вообще не рекомендуются при болях в животе. «Ими можно смазать клиническую картину, ведь есть нетипичные случаи. Так, аппендицит – самая простая и в то же время одна из самых сложных патологий. Бывает, что его очень трудно диагностировать. Нередко приезжают с запущенными формами, перитонитами. Ребенок принял обезболивающую таблетку, родителям кажется, что ему стало легче, а воспалительный процесс в брюшной полости продолжается», – поясняет врач.

Помимо болей в животе в больницу обращаются по поводу мелких ран, воспалительно-инфекционных процессов и новообразований. Таких пациентов чаще всего направляют в дневной стационар для оказания амбулаторной помощи. «Он представляет собой стационар одного дня, где занимаются патологиями, которые не требуют госпитализации: проводят амбулаторные операции – вскрывают фурункулы, иссекают небольшие доброкачественные новообразования кожи, лечат вросшие ногти. Ребенка осматривают в приемном отделении, оформляют историю болезни, госпитализируют, оказывают хирургическую помощь в тот же день и отпускают домой. Далее родителям выдают рекомендации по уходу, а в дальнейшем при необходимости ребенок приходит на перевязки и процедуры, – рассказывает Игорь Геннадьевич. – С появлением дневного стационара мы можем помочь большему количеству пациентов. При этом в стенах больницы они находятся лишь несколько часов, что для них и для их родителей психологически комфортнее. Пребывание ребенка в дневном стационаре не превышает пяти часов. За это время пациент получает весь спектр лечебно-диагностических мероприятий, включая госпитализацию, осмотр, операцию, повторное обследование с оценкой состояния».

Пройти школу жизни

Игорь Осецкий в медицине около 40 лет. Сегодня он в совершенстве владеет многими практическими навыками в детской хирургии и урологии-андрологии: плановыми и экстренными операциями на органах брюшной и грудной полости, хирургией новорожденных, гнойной хирургией детского возраста. Он подготовил не одного молодого специалиста. Но прежде, чем стать авторитетом в своей сфере, прошел долгий путь, который начался с Тальменской центральной районной больницы.

«Мой отец был детским хирургом, заведовал в свое время хирургическим отделением в детской краевой больнице. Когда я был маленьким, то практически жил на его работе. Поэтому не было никакого сомнения, кем хочу стать, когда вырасту. После окончания педиатрического факультета в медицинском институте по распределению уехал в Тальменский район. В районах нет понятия детского и взрослого специалиста – один врач для всех. Там мне приходилось познавать взрослую хирургию, – вспоминает Игорь Геннадьевич. – Районная больница – школа жизни. Там учишься делать все: от операций на брюшной полости и травматологических манипуляций до кардиологических вмешательств и трепанации черепа».

12 лет он отработал в селе и поступил в ординатуру на детского хирурга. После двухлетнего обучения Игорю Геннадьевичу предложили должность детского хирурга в 5-й городской больнице Барнаула, где впоследствии он стал заведующим хирургическим отделением. Позже Осецкого перевели на базу Детской городской клинической больницы № 7, где он трудится уже почти 20 лет, пять из которых – заведующим приемным отделением.

> «Самое сложное – прием и обследование пациента: невозможно ничего спланировать заранее. Порой сама тактика операции определяется непосредственно на операционном столе», – отмечает детский хирург. И добавляет, что не представляет себя никаким другим врачом – всегда хотел помогать детям. И случись снова выбирать профессию, снова прошел бы весь свой путь – от общего врача в районной больнице до детского хирурга.







Опыт в награду

О присвоении почетного звания Игорь Осецкий узнал неожиданно. «Люди звонили, поздравляли, а я не мог понять, с чем. В то время подавал документы на оформление федеральной пенсии, но с таким достижением вряд ли будут поздравлять. Был очень удивлен, получить признание – очень приятно, значит, годы прошли не зря», – говорит врач.

Сегодня он не ставит перед собой глобальных целей. Просто продолжает работать, пока есть силы и возможности, пока нужен его опыт. «Старая школа уходит, врачам нашего поколения с приходом компьютеризации сложнее работать. Мы – люди-практики, все ощущаем через руки, интуицию – так нас воспитали наши учителя. Сегодня молодежь ориентируют на стандарты, а каждый больной индивидуален. С каждым пациентом нужно разговаривать. Наша профессия не терпит халатного, поверхностного отношения. В ней важны наблюдение, трудолюбие, любознательность, бесконечное оттачивание навыков на практике – это хорошо получается делать на дежурствах, – отмечает заслуженный врач. – После вуза можно получить диплом, но не опыт. Его, как и авторитет, нужно наработать. Очень важно, чтобы мамы и дети относились к доктору с доверием. К счастью, у нас в коллективе много молодых и талантливых ребят. Есть хорошие специалисты, которым профессия интересна».



Любимое дело всей жизни

«У нас дети никогда не плачут»

Татьяна Инешина в медицине 35 лет, и выбор ее профессионального пути также был предопределен с детства – уже тогда она мечтала стать медсестрой. «Моя тетя работала медсестрой-анестезистом, затем старшей медсестрой отделения анестезиологии и реанимации. Я постоянно видела ее в белом халате, колпаке, и мне все это очень нравилось. Поэтому после школы без раздумий поступила в Благовещенское медицинское училище и, пока училась, подрабатывала санитаркой в операционном блоке, – вспоминает Татьяна Алексеевна начало своего долгого пути. – После окончания училища сама проявила инициативу работать в отделении анестезиологии и реанимации. Тогда желающих устроиться в больницы было много, но главный врач, который работал хирургом, уже видел мои профессиональные качества и, как только освободилось место, позвал в отделение анестезиологии и реанимации. Я вышла из декретного отпуска чуть раньше и сразу пришла в реанимацию. Отработав более 10 лет, получила назначение на должность старшей медсестры отделения анестезиологии и реанимации. Были небольшие трудности на новой должности, но я с ними справилась».

Татьяна Инешина два года отработала старшей медсестрой, а в 2007

Продолжение на стр. 10

Продолжение. Начало на стр. 7-9

году ее семья решила сменить место жительства. В то время в Барнауле открывался хирургический корпус в Детской городской клинической больнице № 7 – туда перевели детское хирургическое отделение из 5-й городской больницы. Под эти задачи создавали отделение анестезиологии и реанимации, вели подбор сотрудников, в том числе требовалась старшая медсестра. Татьяне Алексеевне предложили организовать сестринскую работу в отделении, и снова она с поставленной задачей справилась – к тому времени уже был накоплен опыт.

15 марта 2008 года отделение приняло первого пациента. Сегодня в нем развернуто 12 коек, которые никогда не бывают пустыми. «Мы оказываем анестезиологическое пособие при проведении хирургических вмешательств, а также реанимационную помощь и интенсивную терапию в дооперационном и послеоперационном периодах. В нашем отделении проходят лечение крайне тяжелые, а иногда и безнадежно больные пациенты, которые совершенно беспомощны и не могут самостоятельно реализовать ни одну из своих потребностей. И мы всегда рядом: ухаживаем, разговариваем, помогаем справиться со страхами, – рассказывает старшая медсестра отделения. – Во взрослой сети работать тяжелее – и морально, и физически. Дети – самые благодарные пациенты, они никогда тебя не оскорбят, не обидят. Поначалу я побаивалась работать в «детстве», но потом привыкла, научилась находить правильные слова. У нас дети никогда не плачут – мы всегда стараемся относиться к ним по-доброму. Когда готовим к операции, разговариваем с ребенком, чтобы отвлечь. Но и на поводу у них идти нельзя, иначе можно не добиться нужного результата. Несколько раз думала сменить профиль, но не могу: понимаю, что это – мое, я на своем месте, несмотря на все трудности».

Отделение – как вторая семья, здесь все мы работаем по таким же законам: держаться вместе, помогать друг другу в трудную минуту и обязательно доверять.

По законам семьи

По словам Татьяны Инешиной, она вовремя почувствовала свои способности, талант и призвание. Работа никогда не была для нее обузой и привычкой, всегда – творческий процесс. Вместе с этим старшей медицинской сестре в отделении принадлежит роль организатора. «Эта работа многогранна, требует высокой внутренней организованности, оперативности в принятии решений, четкости в действиях. Отделение – как вторая семья, здесь все мы работаем по таким же законам: держаться вместе, помогать друг другу в трудную минуту и обязательно доверять – без доверия невозможно эффективно взаимодействовать. Кроме того, работу нужно не только любить, но и относиться к ней со всей ответственностью, – отмечает Татьяна Алексеевна. – Только общение с пациентом позволяет медсестре проследить за динамикой его самочувствия, вселить в него уверенность по поводу проводимого лечения и надежду на выздоровление, а иногда даже и поддержать пошатнувшуюся веру в благоприятный исход заболевания. Пациенты полностью зависят от нас – нашей квалификации, внимания, милосердия и душевного тепла. Никакая самая современная медицинская техника не в силах дать того, что может живой человек».

Сегодня многие приборы и аппараты облегчают работу медсестер, повышают ее эффективность, ускоряют выполнение ряда диагностических и лечебных манипуляций. Но только чуткость, человечность, простота в общении, знание дела, а также искреннее желание помочь – залог подлинного профессионализма медицинской сестры, убеждена Татьяна Инешина. «Лечебно-диагностический процесс постоянно совершенствуется, и нам нужно идти в ногу со временем. Уровень развития медицины требует определенной подготовки медсестер. Поэтому я в свое время решила повысить профессиональный уровень, пять лет отучилась в АГМУ и окончила факультет высшего сестринского образования. Но все знания, которые получаешь в учебных заведениях, – лишь малая доля того, что приобретаешь во время работы», – говорит медицинская сестра.

Уже давно она не только работает, но и помогает молодому поколению адаптироваться в коллективе и в медицинском деле, делится профессиональными секретами. «Для работы в нашем отделении нужны смелость и активная позиция. Человека сразу видно – сможет работать у нас или нет, – продолжает старшая медсестра. – К своим подопечным отношусь как к собственным детям: где-то строго могу поговорить, но грубости никогда себя не позволяла. Всегда переживаю за них: как они справятся со своими задачами? Теперь они уже работают в нашем отделении врачами».

Дисциплина, трудолюбие, отзывчивость и человеческое отношение к людям – то, что всегда двигало Татьяну Инешину в жизни и в профессии. Эти же качества она ценит в коллегах. За годы работы в интенсивном ритме она не задумывалась о наградах. Поэтому известие о присвоении звания стало для Татьяны Алексеевны неожиданностью.

«Были даже такие мысли: а может быть, эту награду кто-то больше заслуживает? Я задумалась, за что мне ее дали. Возможно, оценили организационные качества: когда открывали паллиативное отделение, я какое-то время работала старшей медсестрой на два отделения. Безусловно, получить такое признание приятно», – делится Татьяна Инешина.

Ирина Савина.
Фото предоставлено Детской городской клинической больницей № 7 Барнаула

На Алтай – по долгу службы



Весь октябрь проходит под знаком месячника пожилого человека. В здравоохранении края есть немало примеров, когда медицинский работник посвятил своей профессии и одному медицинскому учреждению не один десяток лет. Вера Андреевна Саенко – врач лабораторной диагностики клинико-диагностической лаборатории ККБСМП № 2. Ее общий стаж – более полувека, а стаж в этой больнице – более сорока лет.

Жена офицера

Вера Андреевна родом из Харькова. Там окончила школу, встретила своего супруга. Он был кадровым военным. Молодой офицер увез юную жену в Сибирь. Чтобы она смогла получить образование биолога в начале 1970-х, Анатолий Иванович взял направление в Горно-Алтайск. К сожалению, супруга уже нет: за его плечами был опыт службы в «горячих точках», в том числе в Афганистане, это негативно сказалось на его здоровье, и в январе 2015 года он умер.

В родительской семье медиков или биологов не было, но Вера Андреевна вспоминает и о том, какой ценный жизненный капитал дали ей родители:

– Наша семья была очень хорошая. Отец, **Андрей Павлович Шпак**, был фронтовик, большой труженик, коммунист, стахановец. Во время войны служил матросом на корабле, там же в партию вступил. Войне и военной службе отдал десять лет. После демобилизации папа работал машинистом турбин на электростанции и там был в почете, такой порядочный очень. Кроме боевых наград, у него была награда за труд – орден Трудового Красного Знамени. Нас, детей, было трое, и нас воспитывали так, что надо трудиться. Мама, **Татьяна Васильевна**, не работала, и она была христианкой – тайно во дила нас на причастие и учила жить по христианским заповедям. Папа, конечно, не разрешал все это открыто делать, но и особенно не запрещал.

Второе место работы

Когда супруга перевели в Рубцовск, Вера Андреевна вышла на свое первое место работы – в лабораторию кожно-венерологического диспансера. Затем, в 1982-м, были переезд в Барнаул и трудоустройство в больницу шинного завода, которая потом стала двенадцатой городской и несколько лет назад вошла в состав БСМП № 2.

– Я понимала, что диплом у меня совершенно не врачебный, но меня приняли, и я старалась учиться, чтобы соответствовать и никому не навредить. Прошла все этапы лабораторной службы. Поначалу мы сами готовили растворы – химию надо было знать от и до. Чтобы приготовить реактивы, допустим, на электролиты, разводили щелочь, вообще все. Как мне помнится, у нас была лучшая лаборатория по

Продолжение на стр. 12

Продолжение. Начало на стр. 11

тем временам, была очень опытная заведующая, **Тамара Ивановна Кударнова**. Двадцать пять с лишним лет больницу возглавлял знавший свое дело главный врач **Виктор Иванович Кочура**. Больница у нас была на первом месте тогда, потому что хирургия была очень хорошая, применяли новые методики – к примеру, лапароскопию. И сейчас в больнице работают те, с кем я когда-то начинала: **Галина Александровна Емельяненко**, **Людмила Васильевна Марченко**, **Людмила Петровна Иванова**.

> Свою работу, свою больницу я всегда любила и в свое время не перешла никуда, когда трудно было, хотя я могла. Шла каждое утро на работу и была счастлива тем, что сейчас что-то найду и этим помогу больным – такой настрой у меня был, и я не замечала, как идет время. Меня окружали очень хорошие люди – и врачи, и лаборанты.

Надо отметить, что рядом с нашей была лаборатория гемостаза, которую возглавлял тогда профессор **Зиновий Соломонович Баркаган**. Он не был моим руководителем, но иногда мы пересекались с ним по работе. Выдающийся доктор, мирового уровня, и познания имел колоссальные. И как человек он был очень хороший. Пользуюсь до сих пор его знаниями – он проводил курсы, и я у него училась.

Кроме того, я сама вела курсы повышения квалификации для лаборантов и даже политзанятия – мой портрет висел в Ленинском райкоме партии на Доске почета за хорошую пропагандистскую работу. После работы мы становились дружинниками и ходили по улицам, следили за порядком – даже главный врач.


2008 г.

Сейчас очень многое изменилось, и, конечно, в лучшую сторону. Много новой аппаратуры, которую я тоже освоила, наши лаборатории выполняют в том числе и сложные исследования; в частности, я занимаюсь цитологией. Возрождается наставничество. Вообще, больница стала для меня вторым домом, и я желаю ей роста и процветания, чтобы учреждение вышло на новый уровень.

На вопрос о правилах жизни и работы Вера Андреевна отвечает так:

– Самое главное – не навредить больному. Нужно очень скрупулезно подходить к каждому, потому что каждый человек – индивидуум. Врачу лабораторной диагностики необходимы терпеливость и усидчивость, потому что с микроскопом нужно очень тщательно работать. Если честно, это тяжелый труд – сидеть и выискивать.

Кроме работы Веру Андреевну радуют взрослый внук Виталий и внучка Маргарита, которая сейчас работает медсестрой. А также произведения русских классиков, а именно Чехова, и цветы, которые она выращивает на своей даче: розы, гортензии, циннии и много других. Физический труд на участке для Веры Андреевны – способ поддерживать себя в хорошей форме.

Елена Клишина.
Фото предоставлено пресс-службой ККБСМП № 2

Анатолий Медведев, студент второго курса АГМУ, стал полуфиналистом программы «Министерство контента» Всероссийского проекта «ТопБлог» Президентской программы «Россия – страна возможностей». В конце октября состоится очный финал в городе Солнечногорске Московской области, в мастерской управления «Сенеж». Заявку Анатолия отобрали из двенадцати с половиной тысяч: в полуфинал прошли 155 человек из 51 региона России, в том числе трое из Алтайского края.

Медиаресурсы для госзадач

Анатолий окончил медицинский колледж в Рубцовске в 2025 году, получив специальность «медбрат». После этого поступил в АГМУ на специальность «медико-профилактическое дело». Сейчас он совмещает учебу, ведение нескольких блогов и работу медицинским братом в частной клинике. Кроме того, готовится к финальной защите проекта, который реализует в команде медиков из разных регионов.

– По сути, это будет уже презентация итоговых медиарешений в сфере здравоохранения заместителю министра здравоохранения Российской Федерации, – поясняет Анатолий. – В конце августа, во время полуфинала, мы, представители разных регионов, работали с кураторами из медицинских учреждений, была и глава пресс-службы Минздрава РФ. Все проекты в рамках «ТопБлога» подразумевают работу с федеральными министерствами. В нашей команде студентов почти не было, в основном врачи и средний медперсонал, то есть уже работающие медики.

«Профилактика прежде лечения»



На вопрос «Что подразумевает словосочетание «работать с Министерством»?» Анатолий отвечает так:

– Работать с Министерством – значит помогать ведомству в реализации поставленных перед ним задач в данный момент и находить новые пути решений. У Минздрава сейчас в приоритете несколько целей, которые связаны с поднятием рождаемости в РФ, с продвижением здорового образа жизни и с рациональным отношением граждан к своему здоровью. Задача участников – создать такие проекты, которые могли бы эти задачи либо решить, либо как-то уменьшить проблему.

– Что помогло пройти в полуфинал?

– Оценивалось несколько компетенций, в том числе личные качества, результаты тестирований и прошлый опыт, в моем случае это стажировка в Министерстве здравоохранения Алтайского края в 2025 году, где я познакомился с замечательным наставником – начальником сектора по работе с обращениями граждан **Ольгой Леонидовной Семиной**. Во время участия в проекте мы также получали дополнительное профессиональное образование, очень узконаправленное, по теме «Государственный контент как инструмент стратегического влияния». На полуфинале нам вручили удостоверения о получении этой квалификации. Думаю, что также оценивалось желание работать с федеральным министерством. То есть нас уже готовили для того, чтобы в дальнейшем мы могли создавать государственно-ориентированный и, самое главное, социально-полезный контент.

Эгоизм, но только здоровый

– Сейчас у нас межмодульный период, и мы создаем медиаресурс в сообществе ВКонтакте – назвали его «Здоровый эгоизм». Возможно, он станет медиаресурсом российского Минздрава. Мы, девять медицинских работников, ведем этот блог по очереди. Дежурим одну неделю, во время которой освещаем какую-то одну определенную тему. Моя неделя была

Продолжение на стр. 14

Продолжение. Начало на стр. 12-13

По этим QR-кодам можно подписаться на сообщества, которые ведет Анатолий Медведев

посвящена санитарно-гигиенической безопасности пациентов. К концу октября, мы надеемся, блог будет выведен из пилотного режима. Если Минздрав его одобрит, то передадим его министерству для дальнейшего использования и сотрудничества со всеми регионами России как медиаканал, который разговаривает с пациентами человеческим языком.

– Кто ваши коллеги по пилотному проекту?

– У нас есть даже пара пациентов без медицинского образования, но они имеют опыт взаимодействия с системой здравоохранения по своему заболеванию. Они выступают в роли просветителей для других пациентов, убеждают их доверять официальной медицине и обращаться к врачу, когда это необходимо. Одна из таких активных пациенток – автор проектов о диабете и здоровье. Она прожила четыре года с сахарным диабетом первого типа и на собственном опыте понимает, как с таким заболеванием жить, а самое главное – что жить с ним можно. Мы все изначально вступали в проект как индивидуальные авторы – у каждого из нас был небольшой медиаресурс, посвященный теме здоровья. Еще один участник – **Алексей Селиванов**, врач-терапевт участковый. Он живет в Туле, общий стаж в медицине – 11 лет, из которых пять – участковым терапевтом.

Мой проект – блог ВК «Код здоровья 22». Он был создан весной этого года при сотрудничестве с депутатами АКЗС, при поддержке Молодежного парламента Алтайского края и некоторых депутатов лично – к примеру, **Анны Андреевны Ведлер**. Этот проект сейчас ищет партнеров – собственно, мы зашли на платформу «Добро.ру», чтобы найти волонтеров. И уже нашли нашего главного партнера – это кафедра эпидемиологии Алтайского государственного медицинского университета, с которой мы активно сотрудничаем.

Недавно мы провели открытую лекцию в парке «Изумрудный», она была посвящена клещевым инфекциям. Принцип проекта «Код здоровья 22» – профилактика прежде лечения. Нам важно, чтобы пациент все-таки начинал думать о своем здоровье до того, как понадобится уже, так сказать, тяжелая медицинская «артиллерия». Чтобы он обращал внимание на профилактические меры, не запускал имеющиеся заболевания и не приобретал новые. Поэтому могу сказать, что это санитарно-гигиенический проект, направленный на жителей Барнаула и региона в целом. И буквально в сентябре мы подали его на грант, сейчас ждем результатов.

– Расскажите, пожалуйста, о чем вы пишете в этих блогах?

– Всего я веду три блога. Начну со «Здорового эгоизма», коллективного проекта. Когда наступила моя очередь дежурить, я сам выбрал тему недели. Начал я ее 15 сентября, в мой будущий профессиональный праздник – День государственной санитарно-эпидемиологической службы России. В первый день рассказал о том, кто такой врач-эпидемиолог, что это за профессия, потому что многие пациенты не понимают ее суть. Этот врач не работает персонально с пациентами, а работает с общественностью. После мы поговорили про то, как соблюдать гигиену рук в общественных местах при питании, отдыхе и активностях. Поговорили с нашей гостьей **Татьяной Викторовной Сафьяновой**, заведующей кафедрой эпидемиологии АГМУ, о второй, осенней волне клещей в Алтайском крае, а также обсудили тему рационального отношения пациентов к себе при приеме антибактериальных препаратов. С началом сезона простудных заболеваний люди так или иначе сталкиваются с антибактериальными препаратами. Хорошо, если их назначает врач. И плохо, когда из-за самоназначения пациент взращивает антибиотикорезистентные штаммы бактерий. Кроме того, курс антибиотиков нужно проходить полностью, в среднем от семи до десяти дней, но не меньше назначенного курса, когда пациенту становится легче и он решает завершить их прием. Это критическая ошибка, потому что она позволяет микроорганизмам адаптироваться к антибиотику.



В «Здоровом эгоизме» есть строгий контент-план, а в «Коде здоровья 22», скорее, сезонные темы, или появился эксперт, который может рассказать что-то интересное в формате видеоинтервью. Там уже есть интервью с врачами-эпидемиологами, клиническими и служебными психологами. Основное – это забота о себе, рациональное отношение к самому себе, к своему здоровью. Тема многогранная. К примеру, я делал карточки про ботулизм. Люди консервируют продукты, и, к сожалению, за последние два года участились вспышки ботулизма в разных регионах России, которые возникают из-за неправильной консервации. Это тяжелое бактериальное заболевание, и если не оказать человеку должной помощи, то оно может закончиться летальным исходом. Были посты, посвященные описторхозу, вопросам эпидемиологической безопасности в больницах и другие.

Кроме того, я веду личный блог, в котором являюсь тем, кто я есть по факту. Для меня очень важно совмещать и обычную жизнь, и профессиональное развитие. Поэтому на моей странице в один день можно увидеть, условно говоря, красивую фотографию города, в другой – разбор антисептического средства. Такое «заходит» лучше, чем так называемый моноконтент.

– У вас есть какие-то цели, которых хотелось бы достичь относительно блога «Код здоровья 22»?

– В приоритете хотелось бы, чтобы он стал узнаваемым для жителей Алтайского края, может быть, стал платформой, которая связывала бы краевое министерство и пациентов. Ресурсом, который поможет Минздраву донести идеи и цели до граждан в понятной, «человеческой» форме. Сообществом медицинских работников и пациентов, где пациенты, отправив сообщение в «предложку», получали бы ответ квалифицированного медработника.

– Хватает ли времени на учебу, работу и на целых три медиапроекта, один из которых – коллегиальный и очень ответственный?

– Еще во время учебы в колледже я регулярно участвовал в разных проектах. Начинал с молодежного конкурса «Большая перемена», где как раз-таки мы учились создавать проекты. И я как будто бы встроился в этот ритм. Сейчас я являюсь также заместителем руководителя научного студенческого сообщества в вузе. Поэтому, когда наступает редкий свободный день, у меня возникает чувство, будто я начинаю деградировать от безделья, но, конечно, надо уже начинать рационально планировать свой отдых, иначе, при таком темпе, любой человек начнет слишком рано выгорать.

Елена Клишина.
Фото предоставлено героем публикации

Справка «МиЗ»

Анатолий обучается в АГМУ по целевому направлению Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю и свой дальнейший профессиональный путь связывает с государственной службой в этом ведомстве. Решающим в выборе врачебной специальности стала стажировка в краевом Минздраве на четвертом курсе медицинского колледжа. Отбор в финал всероссийского проекта – безусловно, повод для гордости. Однако свой выбор в девятом классе в пользу медицины Анатолий сделал потому, что имел простой, по его словам, мотив – «хотел знать все о своем организме, как он работает и как помочь в случае сбоя этой биологической системы. У меня не было никого из медработников, никто не мог меня на это направить, то есть выбор был совершенно самостоятельный и осознанный. И спустя эти годы я понял, что выбор был правильным. Свой интерес к принципам работы организма я смогу воплотить в помощь людям».

Новости

Новое реабилитационное отделение

В октябре прошлого года на базе Городской больницы № 4 им. Н. П. Гулла в Алтайском крае начало работу новое круглосуточное реабилитационное отделение. Благодаря поддержке нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» и краевому финансированию медучреждение прошло серьезную модернизацию: почти 23 млн рублей из регионального бюджета направили на капитальный ремонт помещений, а за счёт федерального финансирования закупили 76 единиц медицинской техники — на сумму 35,4 млн рублей. В общей сложности на создание современного центра реабилитации было направлено почти 60 млн рублей.

Отделение рассчитано на 30 коек. Здесь оказывают помощь взрослым пациентам с кардиологическими заболеваниями, последствиями пневмонии, бронхиальной астмой, патологиями опорно-двигательного аппарата, а также с нарушениями функций после травм. Комплексная реабилитация включает аппаратную физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж, работу с психологом и эрготерапию — помощь в адаптации к бытовой деятельности. За текущий год в отделении прошли реабилитацию более 500 человек.



Мышцы под угрозой

Бедность плоти – именно так переводится с греческого термин «саркопения». Это прогрессирующая и системная потеря мышечной массы, силы и функции, которая приходит с возрастом. Так происходит при классическом сценарии, но существует и более коварный вариант развития событий – саркопеническое ожирение. В таком случае к потере мышечной массы добавляется увеличение процента жировой массы. Как это отражается на здоровье и что необходимо делать, чтобы сберечь его, расскажет заведующая Алтайским краевым гериатрическим центром, врач-гериатр первой квалификационной категории Наталья Целюк.





Коварный медицинский «коктейль»

Специалисты отмечают: саркопения – не просто естественное следствие старения, а клинически подтвержденное состояние, которое можно диагностировать и которое поддается лечению. Официально она включена в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра в сентябре 2016 года. Почему данному состоянию уделяется такое внимание? По данным Российского геронтологического научно-клинического центра имени Пирогова, саркопения встречается у 10–27% людей старше 60 лет, а после 80 лет – у каждого второго.

«Каждый из нас понимает, как важно поддерживать в порядке фундамент здания. Если на фасаде дома со временем появляются мелкие трещины или тускнеет краска – это лишь косметические дефекты времени. Но если начинает разрушаться сама несущая конструкция, то под угрозой оказывается весь дом. Точно так же устроен и человеческий организм. Возрастные изменения кожи или седина – лишь внешние маркеры прожитых лет. Настоящая скрытая угроза долголетию кроется глубоко внутри, когда человек сталкивается с саркопенией – неуклонным разрушением своего главного анатомического фундамента – мышечной ткани. Теряя мышечную массу и силу, организм буквально лишается опоры. Примерно

после 30–40 лет наше тело начинает ежегодно терять до 1% мышечной ткани. К 70 годам человек может незаметно для себя лишиться почти трети своих мышц, – отмечает Наталья Целюк. – Но есть и более серьезный вариант развития саркопении – саркопеническое ожирение. Представьте себе коварный медицинский «коктейль»: у человека есть лишний вес (жир), но при этом катастрофически не хватает мышц. Это и есть саркопеническое ожирение, опасность которого заключается в том, что оно умеет прятаться. Человек встает на весы: стрелка стоит на привычном месте, вес не меняется. Он думает, что все в порядке. Но на самом деле внутри происходит скрытая замена: активные и сильные мышцы тают, а их место занимает пассивный жир. Человек буквально «слабеет изнутри», оставаясь внешне крупным. По статистике, с этой скрытой проблемой сталкивается примерно каждый десятый человек старше 60 лет».

По словам врача-гериатра, первые незаметные шаги к этому состоянию начинаются рано – в 40–50 лет, когда мы начинаем меньше двигаться и позволять себе лишнее в еде. Но явные проблемы со здоровьем начинаются после 60 лет. «Примерно до 74 лет мужчины и женщины сталкиваются со скрытой потерей мышц примерно одинаково. А вот после 75 лет ситуация резко меняется: у женщин саркопеническое ожирение встречается почти в 4 раза чаще, чем у мужчин! Это связано с возрастной гормональной перестройкой, из-за которой женский организм начинает активно копить жир и быстрее терять мышечный тонус, – говорит эксперт. – Причем пациенты редко жалуются именно на потерю мышц, они списывают все на обычную старость».

Специалист перечисляет тревожные клинические маркеры:

- трудности в быту: человеку трудно подняться со стандартного стула или низкого кресла без помощи рук (приходится опираться на подлокотники или колени);
- слабость рук: тяжело открыть тугую крышку на банке или донести привычный пакет с продуктами из магазина;
- шаткая походка: человек начинает ходить медленнее, шаги становятся короче, появляется неуверенность;
- синдром падений: человек начинает спотыкаться буквально на ровном месте, потому что слабые мышцы не успевают удержать баланс;
- парадокс объемов: увеличивается обхват талии (абдоминальное ожирение), но при этом руки и ноги выше колена становятся визуально тонкими, дряблыми и теряют рельеф.

Саркопеническое ожирение – мощный системный ускоритель биологического старения организма.

Профилактика падений и переломов – одна из ключевых задач краевого гериатрического центра, расположенного на базе Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн. Но далеко не единственная.

«Работа с пациентом начинается с простого теста прямо в кабинете врача. Мы просим пациента сжать рукой специальный прибор – динамометр, чтобы измерить силу мышц, и засекаем время, за которое он может несколько раз встать со стула. Если сила снижена, мы направляем пациента на безопасное исследование состава тела – биоимпедансометрию (сканиро-

Продолжение на стр. 18 »

Рекомендации эксперта

› Необходимо ежедневно съедать около 1,2–1,5 г белка на каждый килограмм своего веса. Включайте белковые продукты в каждый прием пищи: птицу, рыбу, яйца, творог, фасоль. Главный секрет: за один раз организм пожилого человека может эффективно усвоить для строительства мышц только 25–30 г белка. Бесполезно съесть огромный кусок мяса на ужин. Распределяйте белок равномерно: немного на завтрак, немного на обед, немного на ужин.

› Обязательно контролируйте с врачом уровень витамина D и добавляйте в рацион полезные жиры (омега-3) для гашения скрытых воспалений. Если человек из-за плохого аппетита не может съесть нормуеды,врачназначаетемусипинги – специальные белковые коктейли из аптеки, которые пьются маленькими глотками и легко усваиваются.

› **Если вам от 30 до 50 лет**: прекратите сидеть на жестких диетах с эффектом «йо-йо» (когда вы резко худеете, а потом снова набираете вес). В таких циклах вы теряете мышцы, а возвращаете только жир. Обязательно добавьте в свою жизнь силовые тренировки хотя бы 2 раза в неделю. Чем больше мышц вы «накопите» к 50 годам, тем легче и активнее будет ваша старость.

› **Если вам 60 и более лет**: помните, что обычной ходьбы в парке мало. Она полезна для сердца, но не строит мышцы спины, рук и пресса. Не бойтесь силовых упражнений – они создают фундамент вашего тела! Занимайтесь всего по 20–30 минут 2-3 раза в неделю с обязательным перерывом на отдых в 48 часов. Делайте плавные приседания со стулом (сели-встали без помощи рук), аккуратно отжимайтесь от стены, используйте мягкие фитнес-резинки или маленькие пластиковые бутылочки с водой вместо гантелей. Ваше тело обязательно ответит вам благодарностью и легкостью движений!

Продолжение. Начало на стр. 16-17

вание организма мягким током) или рентгеновскую денситометрию (DXA). Эти методы, как на ладони, показывают соотношение жира и мышц в граммах. Также мы обязательно просим сдать кровь на два главных маркера: витамин D (он напрямую отвечает за силу мышечных волокон) и альбумин (показывает, хватает ли организму белка для строительства мышц), – рассказывает заведующая Алтайским краевым гериатрическим центром. – Саркопеническое ожирение – мощный системный ускоритель биологического старения организма. Когда жира много, а мышц мало, тогда организм получает двойной удар. Лишний жир поддерживает в теле скрытое вялотекущее воспаление, которое буквально «съедает» оставшиеся мышечные клетки. А поскольку мышцы – главный потребитель сахара в нашем теле, их исчезновение моментально приводит к сахарному диабету 2-го типа. Риск инфаркта, инсульта и скачков давления у таких людей вырастает в разы. Без мышц человек быстро теряет самостоятельность и становится зависимым от помощи близких».

Качественный белок и регулярное движение – залог молодости

Долгое время в обществе и даже в медицинской среде к старческой немощности относились как к неизбежному финалу жизни. Однако сегодня взгляды клиницистов кардинально изменились. В этом году Министерство здравоохранения РФ утвердило новые клинические рекомендации «Саркопения у пациентов пожилого и старческого возраста».

«Обновленные рекомендации требуют от врачей-терапевтов и врачей общей практики выявлять признаки саркопении у всех пациентов старше 60 лет при каждом визите. Если саркопения сочетается со старческой астенией (хрупкостью), документ предусматривает госпитализацию в профильное гериатрическое отделение, – подчеркивает Наталья Целюк. – В Алтайском крае эта система развернута на полную мощность: у нас функционируют четыре гериатрических отделения в четырех стационарах, рассчитанных в общей сложности на 200 геронтологических коек. Также в регионе активно работает развитая сеть амбулаторных гериатрических кабинетов – сегодня открыто уже 26 кабинетов».

> Важно понимать, что помимо профессиональной помощи человеку необходимо самому пересмотреть свой образ жизни и скорректировать приоритеты.

Профилактика саркопении держится на двух китах: качественный белок и регулярное движение. С возрастом желудочно-кишечный тракт начинает лениться и хуже усваивает белок из пищи. Поэтому пожилому организму белка требуется больше, чем молодому, отмечает врач-гериатр и предупреждает: жесткие диеты при потере мышц строго запрещены. «Если пожилой человек просто начнет голодать, то его организм в первую очередь сожжет последние защитные мышцы, а жир оставит на месте. Пациент станет еще слабее. Лечение строится на «золотом правиле»: мы создаем совсем небольшой, мягкий дефицит калорий (убираем пустые сладости и фастфуд) и обязательно сочетаем это с легкими силовыми упражнениями. Только физическая нагрузка дает организму команду: «Мышцы нам нужны для жизни, их утилизировать нельзя!» Любые препараты для снижения веса у пожилых людей мы применяем с крайней осторожностью, контролируя, чтобы уходил именно жир, а не мышцы».

Подготовила
Ирина Савина

Прямая речь

– Мышцы в серебряном возрасте – единственная валюта вашей независимости. Они выполняют три критические задачи.

Первая – защита от переломов (опорная функция). Сильные мышцы – крепкий корсет. Если человек оступился, они помогут удержать равновесие. А если падение случилось, развитые мышцы амортизируют удар и спасут кости от опасного перелома шейки бедра.

Вторая – защита от диабета (метаболическая функция). Мышцы перерабатывают лишнюю глюкозу, служа эндокринным щитом организма.

Третья – свобода движений (локомоторная функция). Именно мышцы позволяют вам без чужой помощи ходить в магазин, ухаживать за собой и оставаться мобильными.

Наталья Целюк подчеркивает: истинная старость измеряется не количеством морщин на лице, а прогрессирующей потерей функций организма. До тех пор, пока ваши мышцы сохраняют силу, вы остаетесь биологически молодыми, подвижными и абсолютно независимыми от помощи окружающих. Взять в руки легкие отягощения или фитнес-резинки после 60 лет – не просто физкультура, это лучшая и самая надежная инвестиция в свое свободное, независимое будущее.

«Онкомониторинг»: виден каждый пациент

Уже два года в Алтайском крае работает структура, получившая название «Центр управления рисками в онкологии». В ее рамках с помощью информационной системы «Онкомониторинг» осуществляется наблюдение за онкопациентами с момента подозрения на злокачественное образование до перевода на диспансерное наблюдение. О том, как устроено это наблюдение, рассказал заведующий отделом службы сопровождения и регистрации онкопациентов АКОД «Надежда», врач-онколог Евгений Кирячек.





По словам Евгения Владимировича, система создала так называемую зону повышенного внимания к онкологическим пациентам. К ней подключены все медицинские учреждения края.

– Наша задача – сопровождать пациента от подозрения до диспансерного наблюдения, буквально за руку сопроводить до онколога, до госпитализации с соблюдением всех сроков, видеть весь его путь лечения.

Сегодня мы видим в системе все подозрения на ЗНО, которые выставляются в Алтайском крае. В прошлом году этот показатель составлял 60–70%.

С 2023 года система работала в режиме пилотного проекта, в прошлом году перешла в плановый режим. Наблюдение включает четыре этапа.

Этап 1

Подозрение на злокачественное новообразование (ЗНО). В систему поступают данные из всех поликлиник – результаты анализов и обследований, пройденных во время диспансеризации, медосмотров, профосмотров, а также в результате обращений пациента. Они туда вводятся автоматически, система сама просеивает весь массив информации и выбирает только те, которые нужны ей.

Для пациента это звучит как «Предположительно, у вас онкологическое заболевание», система кодирует его шифром диагноза Z03.1, и его нужно или подтвердить, или снять. Для пациента с подозрением на ЗНО организуют обследование по принципу «зеленого коридора», согласно приказу № 358 регионального Минздрава «Об организации медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях на территории Алтайского края», в нем же определен перечень обследований.

Такого пациента должны вне очереди записать на обследование, на

Продолжение на стр. 20

Продолжение. Начало на стр. 19

Цифры и факты

На сегодняшний день пациентов с выставленным подозрением на ЗНО в крае 12 061 человек.

Активных подозрений сейчас 988, с ними учреждения как раз непосредственно работают: то есть пациенты обследуются, едут на консультацию к онкологу.

прием к врачу-онкологу по месту жительства или по маршрутизации (к примеру, пациент Чарышской ЦРБ поедет в Алейск, Волчихинской ЦРБ – в Рубцовск и т. д.) Затем с результатами обследования его направляют в онкодиспансер, и на все это должно быть отведено десять дней.

– Буквально уже на следующий день наши операторы видят этих пациентов в системе. Если десятидневный срок, отведенный на обследование, истекает, оператор «Онкомониторинга» звонит в медицинскую организацию и напоминает, что нужно обратить внимание на этого пациента. Если на месте обследовать его по каким-то причинам невозможно, то оператор помогает маршрутизировать пациента в другое учреждение.

Этап 2

Второй этап – поликлинический.

– Пациент с уже подтвержденным ЗНО приходит в онкодиспансер в Бийске, Рубцовске или в краевой, и мы отслеживаем его нахождение здесь, в том числе соблюдение сроков: в течение трех дней он должен дообследоваться, попасть на консилиум и, если это необходимо, госпитализироваться на оперативное лечение, – поясняет Евгений Кирячек.

Этап 3

Этап межкурсового сопровождения. Он наступает после того, как пациента прооперировали или провели курс лучевой терапии, химиотерапии, выписали из стационара и он уезжает домой. В течение пяти дней его должны пригласить на консультацию к терапевту: взять кровь, заполнить анкету на токсичность, провести общий осмотр, в случае необходимости провести коррекцию показателей. Все это фиксируется в программе «Онкомониторинг».

– В перерывах между курсами терапии пациент может не обратить внимание на свое состояние, не обратиться к врачу, который выявил бы у него анемию, низкий уровень лейкоцитов или эритроцитов. Нередко такие пациенты просто погибают. Межкурсовое сопровождение нужно для того, чтобы этого не было. Этот этап был добавлен в программу «Онкомониторинг» в мае – июле 2026 года. Сейчас мы его уже отработали и теперь планируем к концу года запускать на краевой уровень.

С 1 мая к этапу межкурсового сопровождения был подключен Рубцовский онкодиспансер, который мониторит пациентов Рубцовского медицинского округа. Со 2 июля подключены Бийский онкодиспансер и, соответственно, пациенты Бийского округа. В сентябре будет подключен Алтайский краевой онкодиспансер, и все медучреждения края будут видеть всех пациентов, которые выписаны из любого онкодиспансера, для их межкурсового сопровождения.

Этап 4

Этап диспансерного наблюдения тех пациентов, которые закончили лечение.

– Диспансерное наблюдение проводится, так скажем, пожизненно. В течение первого года после лечения их состояние контролируется раз в квартал, в течение второго года – каждое полугодие, а с третьего года – раз в год. Сейчас идет процесс создания дополнительной вкладки в программу «Онкомониторинг», где будет отражаться каждый пациент. Для каждого пациента там будет расписан индивидуальный график наблюдения.

> Показателями эффективности многоступенчатой системы мониторинга могут служить выросшее количество выявленных подозрений на ЗНО, а также доля злокачественных образований, выявленных на ранних стадиях. По словам Евгения Кирячека, даже один показатель выявленных подозрений влечет за собой изменения других показателей.

– Выявлена закономерность: если количество выставляемых подозрений в районе или городе высокое, то снижаются и показатель запущенности (выявление онкозаболеваний третьей-четвертой стадии), и показатель смертности. И наоборот: чем меньше выявляют подозрений, тем больше запущенных случаев, выше смертность от онкозаболеваний, растет и показатель одногодичной летальности (смертность в течение первого года после лечения), а показатель пятилетней выживаемости снижается.

К лидерам по числу выявленных подозрений, по данным «Онкомониторинга», относятся барнаульские горбольницы № 5 и № 3, поликлиника № 3, БСМП № 2, центральные больницы Заринского, Первомайского, Шелаболихинского, Немецкого национального, Курьинского, Павловского, Завьяловского, Тогульского, Ребрихинского, Усть-Пристанского, Шипуновского районов. Хуже обстоят дела в Рубцовской зоне – там выставляют меньше подозрений и по сравнению с в целом по краю, и по сравнению с прошлым годом.

Елена Клишина

Спать нельзя работать

В этой фразе реаниматологи расставят знаки препинания по-своему. Им известно более 40 видов анестезии, и они знают, как подобрать каждому пациенту подходящий. Они вводят больных в медикаментозный сон, следят за состоянием пациентов во время операции и бережно выводят из наркоза еще в операционной. За всем процессом стоит не один человек, а целая команда. Но очень важно, кто руководит и направляет коллектив. Сегодня о буднях реаниматологов рассказывает Алексей Иванов, который 12 лет отработал в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи врачом реаниматологом-анестезиологом. В ноябре будет год, как он возглавляет региональную службу реаниматологии.





О реаниматологии в крае и своей роли в службе

– Когда я начал работать с районными больницами, с городскими и краевыми учреждениями, то понял, что на периферии есть свои определенные особенности: оборудование и подходы к медицинской помощи отличаются от краевых учреждений. Но и задачи перед учреждениями разного звена стоят различные. Реаниматологам на местах необходимо купировать критическое состояние, вовремя проконсультироваться с краевыми специалистами и при необходимости перевести пациента для дальнейшего лечения. Одна из моих задач – наладить эту коммуникацию между докторами. Работа в этом направлении велась до моего прихода в службу, и сегодня мы совершенствуемся в ней. Я знаю всех заведующих и докторов межрайонных больниц, поддерживаю общение, и в случае необходимости они могут напрямую связаться со мной по телефону.

Кроме того, очень помогает служба санитарной авиации. Заведующий отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации **Наталья Белоусова** сама отслеживает реанимационных пациентов по краю, консультирует и связывает с докторами.

Как правило, плановая анестезия на местах хорошо налажена. Сложности чаще всего возникают с пациентами, которые поступают в экстренном режиме. Особенно в том профиле, на котором специализируюсь, – травматологическом. На периферии существует диагностический дефицит, который подчас упирается в кадровый потенциал: бывает, что какого-то

Продолжение на стр. 22

Продолжение. Начало на стр. 21

специалиста необходимо подождать, поскольку в штате он один и не всегда может находиться в стационаре.

Кроме того, существуют лабораторные и инструментальные диагностические ограничения. Врач на периферии больше полагается на свое клиническое мышление и обладает богатым клиническим опытом. Я сам работал в районных больницах, где нет больших диагностических возможностей, но при этом нужно поставить диагноз и подобрать терапию. Это шикарный опыт, который формирует нас как специалистов.

– У нас одна из немногих в Алтайском крае открытая реанимация, где к каждому пациенту есть доступ родственников.

Решение о дальнейшей тактике с тяжелыми пациентами принимают врачи на местах. Если без операции больного ждет инвалидизация или неблагоприятный исход, то ее проводят в местном лечебном учреждении. При отсутствии нужного специалиста его доставляет туда санавиация. Он оперирует, а местные реаниматологи занимаются интенсивной терапией, стабилизируют состояние пациента и после этого эвакуируют.

Поэтому, говоря о своей роли в службе, хочется создать единый подход к пациенту, с одинаковыми алгоритмами, учитывая возможности. Очень важно практическое звено здравоохранения объединить с путями решения задач для улучшения помощи по нашему профилю, найти слабые места и укрепить их.

Об идеальной анестезии и возможностях наркоза

– Идеальный анестезиологический препарат должен соответствовать трем качествам: быть легко управляемым (пока вводишь – он работает, заканчиваешь – перестает действовать), без побочных эффектов и с коротким временем действия. Таких препаратов пока нет, но медицина стремится к тому, чтобы они появились. Справедливости ради стоит сказать, что современные анестезиологические препараты эволюционировали: они контролируемые, менее токсичные и более безопасные. Сейчас арсенал препаратов достаточно богатый, как для общей анестезии, так и для регионарных методик.

Задача врача-анестезиолога – подобрать метод анестезии, чтобы она прошла максимально благоприятно, без каких-либо осложнений и вредных последствий. Когда речь идет о плановых или же молодых пациентах, а также о пациентах без сопутствующих заболеваний, то в большинстве случаев все проходит благоприятно. Сложности начинаются при работе с полиморбидными пациентами, у которых в анамнезе несколько заболеваний и прием препаратов на постоянной основе. Все это влияет на выбор анестезии: врачи подбирают препараты, и пособие персонализировано.

Мы отдаем пациентов в палаты после того, как они проснутся на операционном столе: добиваемся удовлетворительного уровня сознания еще в операционной, убеждаемся, что безопасно можем оставить его, и тогда бригада увозит больного в палату. Но чаще всего пациенты этого не помнят.

Общая анестезия, как правило, всегда многокомпонентна. Разными препаратами мы воздействуем на разные звенья. При общей анестезии отключаем боль, сознание и мышечный тонус. При выборе препаратов на первом месте всегда объем оперативного вмешательства. На втором – его длительность. Важно и желание пациента: если он, к примеру, отказывается от спинальной анестезии, то это является абсолютным противопоказанием для ее проведения. Но мы всегда объясняем плюсы и минусы того или иного метода, и чаще всего пациенты прислушиваются к мнению врачей.

Есть пациенты, которые не хотят присутствовать на собственной операции, особенно если она травматологического профиля: больные чувствуют, что их тело меняет положение, слышат звуки дрели и начинают тревожиться. В таких случаях мы дополнительно вводим препараты для поверхностного сна с седативным эффектом. Час-полтора пролетают для пациентов как одно мгновение, и нередко они отмечают, что проснулись бодрыми и полными сил.

При использовании спинальной анестезии пациент находится в ясном сознании, но ничего не чувствует в тех частях тела, что ниже пояса. У такой анестезии меньше побочных эффектов, но есть ограничения: нельзя в течение 8–10 часов принимать вертикальное положение, чтобы избежать головной боли.

> Есть методики анестезии, где блокируются нервные сплетения, и человек не чувствует изолированно одно предплечье или руку – в зависимости от области воздействия. Он прекрасно себя чувствует во время операции, и эффект обезболивания сохраняется на протяжении длительного времени. Это благоприятный фактор – не нужно дополнительно вводить анальгетики, и таким образом минимизируем введение препаратов.

При общем наркозе мы вводим определенные препараты, чтобы убрать постоперационную тошноту и рвоту и облегчить пациентам состояние. После коротких вмешательств они уже через полчаса могут быть на ногах.

О ресурсах и пациентах

– Бывает, что новые пациенты поступают, а мы еще не пролечили тех, кто сейчас находится в отделении. В таких случаях у нас есть возможность увеличить коечный фонд – мы ставим дополнительные кровати в палаты. Кроме того, в других отделениях есть палаты интенсивной терапии с аппаратами ИВЛ и мониторами пациента. Самых стабильных, которые нуждаются только в уходе, мы можем туда переместить, и это не скажется негативно на качестве получаемого лечения.

Иногда мы маршрутизируем пациентов в другие стационары, где им могут оказать всю необходимую специализированную помощь. Но никогда не работаем в ущерб пациентам. Даже во времена коронавируса, когда был большой наплыв пациентов, мы растягивали реанимационное отделение как только можно. Тяжелым пациентам нужны врач-реаниматолог, аппарат ИВЛ, монитор пациента и медсестра-анестезистка, которая будет выполнять назначения анестезиолога. Это все можно устроить в условиях операционной, мы так и вели тогда пациентов – в операционной.

О выгорании и надежде

– Работать с тяжелыми пациентами всегда непросто. Хочешь этого или нет, но очень многое пропускаешь через себя, поскольку понимаешь: там лежит чья-то мама или чей-то сын и родные переживают за этого пациента. Нет ни одной фразы, после которой все станет хорошо. Иногда самому неприятно слышать себя, когда приходится говорить неутешительные слова о пациенте, находящемся в реанимации. Знаешь, что человек не хочет этого слышать, ждет других слов. Но все же самое главное – говорить правду о состоянии, не давать ложных надежд родственникам. Мы всегда рассказываем, какое лечение проводим, что делаем для пациента. Чтобы семья понимала, что их родственник не брошен, что ему реально оказывают помощь. У нас одна из немногих в Алтайском крае открытая реанимация, где к каждому пациенту есть доступ родственников.

Эмоциональный компонент нашей работы становится весомым фактором в процессе выгорания докторов. Ежедневно мы видим последствия автодорожных травм, криминальных историй, отдельное место – происшествия с детьми. Все это оставляет отпечаток на медиках. До того, как я стал заведующим отделением, то, как многие, думал, что у нашей специальности – самый высокий риск выгорания. Но потом понял, что в ургентной службе у врачей всех специальностей и у медицинских сестер он одинаково крайне высок. Определенная степень выгорания есть у всех докторов.

Анестезиологам-реаниматологам приходится анализировать очень много переменных: иногда только лабораторных анализов больше 50 позиций, где у каждой свой диапазон и референты. Через нас проходит очень большой поток информации – от наименования и дозировок препаратов до десятка диагнозов.

Свою роль играет и фактор непредсказуемости: получая вызов в операционную, мы никогда заранее не знаем, с чем поступает пациент, и за считанные минуты приходится анализировать очень много данных. Интенсивность труда тоже вносит свою лепту в риск выгорания: иногда бывают пациенты, с которыми нужно делать манипуляции каждые полчаса, менять назначения, наблюдать динамику. Из состояния включенности невозможно выйти на протяжении долгого времени.

Чтобы минимизировать риски выгорания, нужна качественная профилактика – полноценный отпуск, который не все врачи могут себе позволить. Но чем дольше в профессии, тем больше начинаешь ценить отпуск, который просто необходим для восстановления. Нужны хорошие бытовые условия в стационаре, поскольку здесь мы практически живем, а также график, который позволяет восстановить ресурсы. Сейчас весь мир переходит на 12-часовые смены. Если в прошлом десятилетии доктор мог работать 36 часов подряд, то сейчас – не более 24 часов.

Цитата

– Румянец есть, пульс есть, значит, все хорошо – жизненные показатели в норме.

После дежурства всегда нужно полчаса-час для переключения внимания: прогуляться, послушать музыку, выпить кофе, чтобы не нести напряжение домой. Конечно, очень важно проводить время с семьей, встречаться с друзьями.

О молодых коллегах и здоровой атмосфере

– Самый лучший вариант работы с молодежью, который мы активно практикуем, – они сначала к нам приходят средним медперсоналом. Пока учатся в университете, работают несколько лет и понимают, с какой категорией пациентов имеем дело. Постепенно знакомятся с врачами, и мы видим их способности. Не все могут работать в ургентной анестезиологии по разным причинам. Но когда молодые врачи приходят в ординатуру, они прекрасно понимают, с чем столкнутся. Когда они начинают работать, то на все тяжелые случаи идут с опытным врачом, наблюдают, учатся, включаются в процесс постепенно, поскольку на кону – жизнь пациента.

Мы всегда обсуждаем ситуации, где можно было поступить иначе. Разбираем в том числе эталонные случаи – как поэтапно действовали и получили максимальный результат в работе с пациентом.

Реанимация – командная работа. Показатель здоровой атмосферы в коллективе – когда врач может попросить о помощи любого сотрудника, и тот, не задавая лишних вопросов и не высказывая претензий, просто идет за ним. Даже опытные врачи зовут кого-то подстраховать, особенно

Продолжение на стр. 24

Продолжение. Начало на стр. 21-23

если пациент тяжелый. У нас такой подход отлично работает. Случается, что три-четыре реаниматолога буквально бегут в операционную на помощь другому. У всех одна цель – помочь пациенту. Каждый может оказаться в сложной ситуации, и все это понимают.

Очень хочется такие же взаимоотношения выстроить во всем регионе. Чтобы специалисты из одного учреждения могли позвонить в любое краевое учреждение и получить помощь или подсказку, а не насмешку или осуждение. Сегодня мы стремимся отладить коммуникацию между краевыми учреждениями и межрайонными центрами, а также между межрайонными центрами и центральными районными больницами.

О пользе нейросетей...

– Как уже сказано ранее, врач-реаниматолог обрабатывает колоссальные объемы информации. Нужно получить много переменных, проанализировать, выдать заключение. Времени уходило бы в сотни раз меньше, если бы искусственный интеллект мог проанализировать за врача-реаниматолога все данные и показать, на что обратить внимание в первую очередь. Врач так или иначе проанализирует информацию, но ИИ может помочь увидеть критические изменения и подсказать, на каких показателях нужно сосредоточиться.

В клинике имени Алмазова уже существует подобная практика: все лабораторные исследования загружают на общий сервер, и с помощью программного обеспечения идет их обработка. Так, у пациентов, у которых показатели почечной функции повышены, они загораются сразу на мониторе отдельным списком. Таким образом, можно заранее оценить риск развития почечной недостаточности и не допустить этого.

Кроме того, нейросети способны помочь в ведении документации, ведь печатная работа также занимает колоссальный объем времени у врача. Помогают они и в изучении зарубежной медицинской литературы – как переводить, так и сопоставлять, анализировать информацию.

... и профессиональной деформации

– Реаниматологов в первую очередь интересует сама жизнь пациентов, а не ее качество. Мы бьемся за жизнь. Важно, как сработаем в самые первые часы или даже минуты после поступления пациента. От этого зависит, будет он в ясном сознании или в коме, ждет его инвалидизация или полное восстановление. Поэтому, когда кто-то из родственников начал подкашливать и, видя высокие цифры на градуснике, беспокоится и спрашивает, что ему делать, всегда говорю им: «У вас все хорошо. Румянец есть, пульс есть, значит, все нормально – жизненные показатели в норме». Мы смотрим на здоровье пациентов иначе, чем другие врачи.

Есть и другая сторона профдеформации. Поскольку в работе постоянно сталкиваюсь с травматизмом, то, когда еду в машине, все пассажиры, в том числе на заднем сиденье, пристегнуты, на трассе всегда соблюдается скоростной режим в пределах, разрешенных правилами дорожного движения.

> Врачи экстренного стационара, как никто иной, знают, что все автодорожные происшествия происходят из-за нарушения правил. Ну и от бытового травматизма никто не защищен, поэтому раньше с окон убирали ручки, а сейчас стоят замки, ключи от которых спрятаны от детей.

Беседовала Ирина Савина.
Фото предоставлено пресс-центром ККБСМП

Всемирный день психического здоровья отмечается 10 октября. В нашей стране это также День психиатра. С врачом-психиатром, психотерапевтом Евгенией Владимировной Аносовой, заведующей отделением оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара Алтайской краевой психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана, мы поговорили об искусственном интеллекте и проблемах молодого поколения



ИИ не заменит совет близкого

В России примерно четверть (24%) школьников обращаются к искусственному интеллекту с вопросами о том, как поступить в той или иной ситуации. 17% школьников делятся с ИИ своими переживаниями и проблемами и формируют запрос на эмоциональную поддержку. 16% школьников, получив ответ от ИИ, не станут его перепроверять или переспрашивать у взрослого, а сразу воспользуются ответом. Такие данные РИА «Новости» привело, цитируя **Сергея Новикова**, начальника Управления Президента РФ по общественным проектам.

– Сегодня очевидна тенденция: люди могут впадать в зависимость от общения с ИИ, полагаться на него в сложных ситуациях, не обращаясь к специалистам, у многих снижается критичность мышления, то есть наблюдается принятие информации ИИ без ее проверки. Какое на этот счет мнение у психиатра?

– Эта тенденция заметна и по нашим пациентам (*у Евгении Владимировны в отделении лечатся в том числе подростки, которые уже имеют установленные диагнозы и прошли лечение в стационаре. – Прим. ред.*). Мы многих спрашиваем, обращались ли они к кому-то за советом в сложной ситуации, и почти каждый говорил, что советовался с ИИ. Если спросить: «Обсуждал ли ты свою проблему или проблему вашей семьи, свое самочувствие?» – то большинство скажут: «Да, обсуждал».

Почему? Да потому что ИИ ответит тебе хоть днем, хоть ночью, не отмахнется, не скажет, что у тебя какие-то безумные идеи, не покритикует. По поводу вопросов о болезни и диагнозах знаю от наших пациентов, что ИИ стал чаще писать им: «Обратитесь к специалистам». И это хорошо, потому что к диагнозам, выставленным в сети, нельзя относиться всерьез.

Взрослые тревожные люди тоже стали чаще обращаться к ИИ, ведь он всегда доступен, вежлив, спокоен и настроен поговорить. И чем человек тревожнее, нетерпеливее, тем ему проще будет обратиться к такому собеседнику.

– Это новая форма зависимости?

– Советы ИИ могут стать новой зависимостью, если постоянно обращаться к ним. Однако я против как демонизации ИИ, так и его безусловного принятия. И даже дело не в том, плохи или хороши советы искусственного интеллекта. Дело в том, что к нему тянутся люди, не имеющие доверительных отношений в семье.

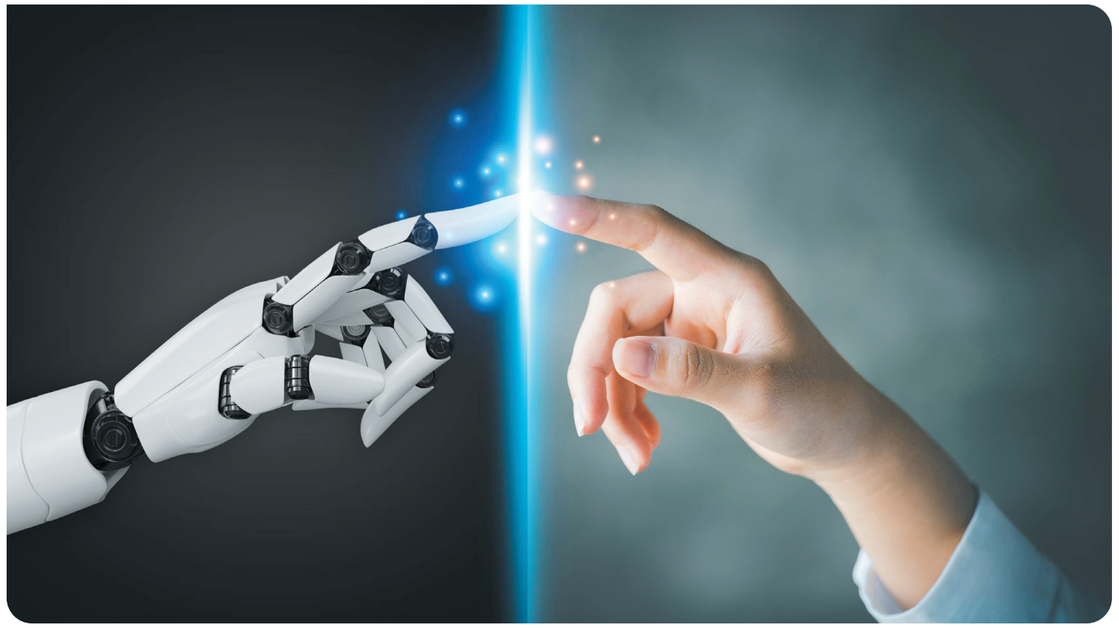
Подростки более подвержены влиянию виртуальной реальности: во-первых, потому что они ближе ко всем этим технологиям, а во-вторых, потому что критическое мышление у них только формируется. И здесь должны сказать свое слово родители: именно они должны предупредить

Важно!

В краевой психиатрической больнице им. Ю. К. Эрдмана работает **круглосуточный телефон доверия 8 (385-2) 686-688**, по которому можно позвонить и поговорить со специалистом.

Продолжение на стр. 26-27

Человеку нужен человек



Продолжение. Начало на стр. 25

подростка об опасностях общения с ИИ, научить культуре взаимодействия с ним.

Семейная система должна быть построена так, чтобы ребенок не боялся говорить на важные темы и получал не осуждение, не безразличие, не нравоучения, а советы, высказанные в дружелюбной атмосфере. С родителями должно быть проще, чем с остальными, и даже с ИИ. Если такого нет, то, конечно, подросток обратится туда, где советы доступнее.

Мы живем в смешанной реальности

– Существуют чат-боты, где можно поговорить с электронным психологом. К этому вы как относитесь?

– Когда такие услуги начали развиваться, возникли опасения, что мы, психотерапевты, теперь останемся без работы. Но они довольно быстро исчезли. Потому что выяснилось: человеку важно, чтобы на его вопрос о жизни отвечал живой человек.

На первоначальном этапе общения, особенно для людей несмелых, робких, ИИ и чат-боты, конечно, могут заменить живого собеседника, но они не способны заменить полноценный сеанс с психологом или психотерапевтом. Как бы ИИ ни развивался, он пока не готов учитывать индивидуальные особенности непосредственно обращающегося. А чем ИИ не владеет, то он не может использовать. Плюс выяснилось, что он и обманывать умеет, даже генерировать те факты, которых в принципе не было, которые удобно привести в доказательство.

Примерно 90% цифровой информации – это информационные отходы, шум. Думаю, что ИИ должен помогать развивать наше критическое мышление, учить отличать правдивое и нужное от бесполезного, взаимодействовать с ним нужно рационально. Если же мы будем его использовать в попытке успокоить себя, переложить ответственность за принятие решения, значит так тому и быть, человечество на этом, образно говоря, и закончится.

В мае этого года мы с коллегами были на XVIII Съезде психиатров России. Он назывался «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы – новые возможности», и там на секции, посвященной детям и подросткам, красной нитью шла тема этой самой «смешанной реальности». Коллеги в докладах подчеркивали, что раз жизнь нам предъявляет что-то новое, нам нужно перестраиваться и учиться взаимодействовать с этими проявлениями.

Что сказал ИИ?

– Признаюсь, что я воспользовалась ИИ, готовясь к нашей беседе. Я задала вопрос, какие основные психологические проблемы есть у молодых россиян. Он сказал, что это, во-первых, тревожность, нехимические зависимости (Интернет, соцсети), расстройства пищевого поведения, высокие социальные ожидания, которые к ним предъявляются. Нагрузки, в том числе академические. Неопределенность будущего. Гиперконтроль по отношению к ним. А также самоповреждения и синдром упущенной выгоды.

– В том, что вам выдал ИИ, даны вперемешку реакции, серьезные диагнозы и какие-то психологические феномены вроде синдрома упущенной выгоды. По наблюдениям психиатров, на первом месте у молодежи сегодня отмечаются тревожные расстройства, затем депрессивные, затем расстройства пищевого поведения и очень много поведенческих нарушений.

По поводу неопределеннсти будущего есть классическое определение: это страх, направленный в будущее. И отсюда идут высокие ожидания – например, ожидания от результатов ЕГЭ.

Селфхарм и рискованное поведение – это уже результат патологии, неспособности регулировать свои эмоции. Иногда пациенты говорят, что это форма выражения эмоций. Нет, уже не форма, к сожалению.

> Расстройства пищевого поведения – это тоже уже диагноз вследствие эмоциональных перепадов и колебаний. Однако стоит помнить: не каждая наша тревожная или депрессивная реакция – это патология. И здесь, наверное, вопрос в регулировке: умею я регулировать свое состояние или нет, умею ли делать это экологично и эффективно.

Что могут родители

– При работе с детьми и подростками обязательно нужна работа с семьей или опекунами, в нашем отделении это заведено. Если ребенок из учреждения, то будем работать с его воспитателями. Упор делается на семейную системность, то есть мы не лечим одного ребенка. Он же растет в какой-то среде, надо выяснить, что это за среда, почему ребенку в ней пришлось вести себя таким образом. Те родители, которые дошли до нас, – это однозначно люди неравнодушные. Да, сегодня можно говорить и о повышении родительской тревожности, о гиперопеке, но это всеобщая закономерность, которая произрастает, конечно же, из благих побуждений: уберечь, защитить.

Когда совсем нет ограничений, тоже плохо. Для того чтобы подросток развивался, необходимы рамки. Они должны быть не слишком узкими, чтобы развитие происходило, но и не бесконечно широкими, потому что надо на что-то опираться. Должна оставаться возможность сталкиваться с последствиями своих решений, получать личный опыт. Обретение внутренней уверенности – это всегда проживание персонального опыта, его нельзя заменить ни рассказами, ни тем, что делают за тебя.

– Какие еще советы вы могли бы дать родителям?

– Выстраивать с детьми доверительные отношения – дружеские, но не панибратские. Давать свободу в тех границах, где ребенок или подросток сталкивается с проблемами и учится их решать. Не забывать о том, что родительская власть должна присутствовать в виде каких-то ограничений, запретов и требований о выполнении обычных обязанностей – это очень важно. Выполняя свои обязанности, подросток, во-первых, учится преодолевать состояние «Мне неохота». Во-вторых, понимает, что его вклад в семейные дела говорит о его значимости.

Кроме того, родителям стоит самим узнавать больше о том, чем полезен ИИ, и рассказывать об этом детям. Он полезен, когда нужно проанализировать большое количество данных, но не в случае эмоциональных проблем или когда нужно принять решение, дружить с кем-то или нет. ИИ не должен быть единственной отдушиной, с кем можно поговорить. Для этого родители должны сами владеть определенной грамотностью.

– То есть о человеческих отношениях может рассказать, наверное, только человек?

– Да. И если подросток что-то рассказывает, послушайте его, поговорите с ним. Давайте ему пространство для принятия собственных решений, рассуждений, опыта.

Нужно обращать внимание на состояние ребенка, подростка. Изменения обычно сразу заметны: он становится другим – более замкнутым, более агрессивным. Бывает даже так, что сам подросток говорит: «Со мной что-то не так, мне надо к психиатру», а ему отвечают: «Ой, не выдумывай, да все у тебя нормально». Такие просьбы игнорировать точно не стоит.

Елена Клишина.
Фото предоставлено пресс-службой АККПБ им. Ю. К. Эрдмана

Как поддержать себя и близких

Всемирный день психического здоровья призван обратить внимание на важность психологического благополучия, сформировать более чуткое отношение общества к людям с ментальными расстройствами, а также напомнить, что психическое здоровье требует такого же внимания и заботы, как и физическое.

Вспомним основные шаги по профилактике психических расстройств.

Полноценный сон и отдых. Качественный сон не менее 8 часов в сутки способствует восстановлению нервной системы, а регулярный отдых, в том числе перерывы во время работы и учебы, помогает избежать переутомления.

Умеренные физические нагрузки, включающие регулярные занятия спортом, прогулки или любую физическую активность. Как известно, они не только помогают держать тело в тонусе, но и «сжигают» избыток кортизола и адреналина, накапливающихся в организме при стрессе, снижая их негативное влияние на организм. Кроме того, физическая активность способствует выработке улучшающих настроение эндорфинов.

Здоровое питание. Избыточное потребление некоторых продуктов (соль, сахар, острые блюда, газированные напитки) может усиливать раздражительность и гнев во время эмоционального напряжения. В то время как сбалансированный и здоровый рацион дает достаточное количество энергии и хорошее самочувствие.

Развитие хобби и увлечений, ведь они помогают снять накопившееся напряжение и дарят положительные эмоции.

Поддержка социальных связей. Качественные отношения в семье, общение с друзьями и участие в общественной жизни улучшают психоэмоционального состояния. Конфликты и агрессия в близком окружении, напротив, могут стать провоцирующим фактором для развития расстройств.

Управление стрессом, в том числе через медитацию, йогу, дыхательные упражнения, а также анализ сложных психологических ситуаций (как самостоятельно, так и с помощью специалистов-психологов и психотерапевтов). Сюда же можно отнести развитие эмоционального интеллекта. Важно понимать и анализировать свои эмоции, не подавляя их и принимая. Это поможет избежать деструктивного поведения.

Ограничение цифрового контента. Чрезмерное использование гаджетов и постоянный поток информации перегружают психику. Временный «цифровой детокс», в свою очередь, снижает тревожность и улучшает когнитивные функции.

Своевременное обращение к специалисту. Если появляются признаки расстройства (навязчивые мысли, длительная депрессия, резкие перепады настроения и т. д.), важно не игнорировать их, а обратиться к психологу, психиатру или психотерапевту.

Важно помнить: психические расстройства — это не признак слабости, а состояние, требующее внимания и зачастую профессиональной помощи.

«Возьмешь кабачок?»



Такую фразу нередко можно услышать от знакомых в сезон, когда на дачах начинает созревать этот овощ. Однако не спешите расставаться с оставшимися кабачками, пока не узнаете всю правду о его пользе.

Полезные факты

Кабачок вместе с другими низкоаллергенными овощами (цветная капуста, брокколи) в виде пюре рекомендуют вводить в виде первого прикорма детям в возрасте 4–6 месяцев, особенно если у малышей есть склонность к запорам.

Кабачок – гость из Южной Америки, он прибыл в Европу в XVI веке, а употреблять его в пищу стали только в XVIII веке в Италии.

Кабачок с точки зрения биологии вовсе не овощ, а ягода, причем относится к семейству тыквенных. Овощем он признан только в быту.

Кабачки желтого цвета содержат больше каротина, витаминов группы В, витамина С, калия, магния и железа. Зеленые цуккини содержат больше витаминов группы В, витамина С, магния и марганца, чем белоплодные сорта. Некоторые сорта цуккини также богаты лютеином и зеаксантином – веществами, полезными для органов зрения.

Король диет

«Король диет», «низкокалорийный», «снижает аппетит», «укрепляет сердце» – такие эпитеты можно услышать и прочитать про кабачок, который в общем-то трудно признать королем нашего стола. Вот картофель – тот да, поистине царь. Или лук с помидорами, которые мы употребляем в пищу гораздо чаще.

Однако кабачок уже давно «препарирован» врачами и признан одним из самых полезных овощей в мире.

К примеру, специалисты Роспотребнадзора считают, что кабачок содержит множество полезных веществ, способных снижать аппетит, контролировать вес и укреплять сердце. Он – один из самых доступных источников витаминов и клетчатки. Причем клетчатка в нем настолько мягкая, что не раздражает желудок. Она мягко стимулирует перистальтику кишечника, улучшает его микрофлору и способствует выведению лишнего холестерина и токсинов.

По большей части мякоть кабачка состоит из воды, но другие вещества, содержащиеся в ней, помогают выводить лишнюю воду из организма. За это, а также за укрепление сердца отвечают калий и магний. Кроме того, в кабачке содержится витамин С – антиоксидант, защищающий клетки от старения и влияния вредных внешних факторов. В нем имеются также фосфор, кальций, железо, витамины В1, В2, В6, РР и каротин. Ну просто кладезь полезных веществ!

На заметку

Содержание полезных веществ в кабачке

В 100 граммах кабачков содержится примерно около 24 ккал, 1 г клетчатки, 1,2 г белка, 3,1 г углеводов, 0,3 г жиров, 95% воды. Содержание витамина С составляет около 20% от суточной нормы, уровень витаминов группы В колеблется от 6 до 11%, калия, магния, фосфора – примерно по 5%. И даже в семенах кабачков содержатся омега-3 жирные кислоты. При термической обработке кабачок, к сожалению, теряет часть своих полезных веществ.

Врач-диетолог, к. м. н. **Ольга Ямилова** добавляет: «Кабачок практически не содержит натрия, что делает его идеальным продуктом для пациентов с гипертонией, сердечно-сосудистыми заболеваниями и склонностью к отекам». По ее словам, кабачок полезен при профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, избыточной массы тела, способствует укреплению нервной системы, повышает иммунный ответ. Этот овощ рекомендуют использовать в лечебном и диетическом питании при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Как приучить себя есть овощи

Оптимальный способ приготовления кабачков – запекание. Однако иногда даже и запекать не требуется – из кабачка можно сделать смузи или добавить его в салат.

По мнению гастроэнтеролога, к. м. н. **Евгения Белоусова**, рекомендованная доза кабачков – от 150 до 300 граммов в сутки при условии, если они хорошо переносятся организмом и нет индивидуальных противопоказаний. Конечно, кабачки не должны стать единственным овощем в дневном рационе, лучше всего употреблять их с другими в составе так называемой овощной «тарелки».

У каждого из нас есть свои «фавориты» и «нелюбимчики» среди овощей. И наверняка мало кто может похвастаться тем, что в день съедает рекомендованную норму овощей и фруктов. Она, кстати, составляет 400–500 граммов. Вроде бы и немного, но и это порой приходится заставлять себя съедать. Врач медицинской профилактики из Мурманска **Юлия Смирнова** делится лайфхаками, как обмануть неприязнь к овощам и начать их есть. Все эти советы можно отнести как к кабачку, так и к остальным его собратьям с грядки.

Первый прием, который она советует: класть овощи на тарелку в первую очередь, при этом заполнять примерно ее половину, а уже потом класть мясо и гарнир.

Второй способ – скрытое добавление: в натертом виде в фарш, в соусы и подливы, варить вместе с картофелем и потом превращать в пюре. Есть рецепты, когда тертый кабачок добавляют даже в шоколадный кекс брауни. Вкус десерта от этого почти не меняется, визуально его совсем незаметно, однако организм получает дополнительную клетчатку. Морковные торты и тыквенные кексы тоже просты в исполнении, а полезные ингредиенты сейчас лежат либо в погребах и гаражах, либо на полках магазинов. И они на самом деле очень вкусные! Добавка может быть и вполне явной – как горошек, кукуруза и брокколи, добавленные к рису или макаронам.

Третий вариант: подбирать к овощу «вкусных» компаньонов. Для моркови таким может оказаться хумус, а для сельдерея – соус на основе йогурта. Для листовой зелени и редиса – творожный сыр, для тыквы – соленый сыр вроде брынзы. Яблоки можно запекать с корицей или медом, груши – с сыром, помидоры добавлять в сэндвичи.

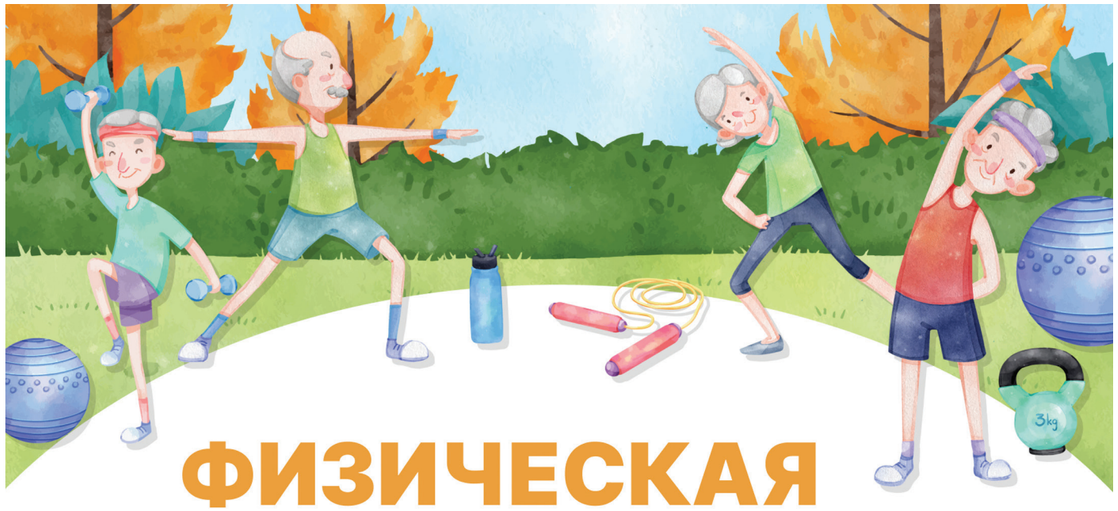
Четвертая хитрость: домочадцы и вы сами съедите больше овощей и фруктов, если тарелка с ними будет всегда стоять на виду, причем они будут помыты, очищены и нарезаны.

Пятый способ – для тех, кто практически совсем не ест овощи. Он заключается в том, чтобы добавлять в рацион по кусочку, но каждый день. В течение 21 дня такой подход должен сформировать привычку есть полезное.

Так что не спешите раздавать оставшиеся кабачки – у вас еще есть время сформировать полезную привычку. А если вас спрашивают: «Возьмешь кабачок?», мы думаем, что это хороший продукт, надо брать!

Подготовлено по материалам РИА «Новости»





ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Физическая активность является основным компонентом не только здорового образа жизни, но и лечения и профилактики многих заболеваний. Для людей старшей возрастной группы физическая активность полезна не меньше, чем для молодых. Важно отметить, что наличие хронических заболеваний не является противопоказанием к умеренным физическим нагрузкам.

Если у вас имеются проблемы с коленными суставами, проконсультируйтесь с врачом!



УПРАЖНЕНИЕ ДЛЯ РУК

1. упражнение можно выполнять как стоя, так и сидя на стуле;
2. ноги на полу, плечи расправлены;
3. возьмите в руки гантели или другие предметы весом 0,5-1,5 кг, поднимите и согните руки в логтях под углом 90°;
4. на выдохе вытяните руки вверх и оставайтесь в такой позиции в течение секунды;
5. на вдохе опустите руки;
6. повторяйте по 10-15 раз.

БАЛАНСИРОВАНИЕ НА ОДНОЙ НОГЕ С ОПОРОЙ НА СТУЛ



1. живот подтянут, спина прямая, подбородок приподнят, взгляд вперед;
2. стоя на одной ноге, держитесь за стул;
3. сохраняйте эту позицию 10-15 секунд;
4. повторите 10-15 раз на одной ноге, затем на другой.



ПРИСЕДАНИЯ СО СТУЛОМ

1. сядьте на стул, стопы плотно прилегают к полу, выпрямите спину, сложите руки на груди, дыхание глубокое, медленное;
2. вытяните руки перед собой параллельно полу и на выдохе медленно поднимайтесь;
3. на вдохе сядьте обратно, спина прямая;
4. повторяйте 10-15 раз.

Источник: alht.ru

Министерство здравоохранения Алтайского края
КРАЕВОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Хочу выразить благодарность врачу ЛФК КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» **Елене Александровне Бойко**. Травма — это всегда не только физическая боль, но и психологический слом. После приема у Елены Александровны я вышла с надеждой. Это так важно, особенно в первые дни после перелома. Спасибо вам за поддержку! Благодарю инструктора ЛФК **Наталью Анатольевну Ерохину**. Под ее руководством восстанавливаюсь. Доверие к ней — сто процентов. Когда тренер сам спортсмен, это и понимание, и уверенность. После профессионального спорта не ожидала, что смогу так влюбиться в ЛФК. Спасибо, Наталья Анатольевна! И отдельное спасибо кабинету физиотерапии — **Валерии Игоревне Шатиловой** и **Надежде Сергеевне Черемновой**. Эти двадцать минут заботы, внимания и чуткого отношения очень много для меня значат. Да и не только для меня. Кажется, от них все выходят с улыбкой — каждый день чуть более здоровые и чуть более счастливые.

Екатерина Юрьевна Гладских

Выражаем уважение и благодарность медсестре КГБУЗ «Солонешенская ЦРБ» **Т. М. Давыдовой** и фельдшеру неотложной помощи **К. С. Казанцеву** – за внимательность и доброе отношение к пациентам. Огромное спасибо за помощь нашему сыну.

Семья Лариковых

Хочу поблагодарить коллектив гинекологического отделения КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Рубцовск» за доброту и чуткое отношение к пациентам. Желаю вам крепкого здоровья и успехов в работе, терпения, семейного благополучия и мирного неба над головой.

Вера Михайловна Василенко

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 огромную благодарность врачам КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» **Евгению Геннадьевичу Самончуку**, а также **Евгению Юрьевичу Губаренко** за высокий профессионализм.

Владимир Петрович Голубь

Хотела бы выразить благодарность бригаде скорой помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Бийск» **Александру Александровичу Шапкину** и **Юлии Евгеньевне Ивлевой** за их профессионализм, внимательность и доброту. Вызывала скорую помощь (сыну 11 месяцев) с высокой температурой, посмотрели, предложили поехать в больницу. Отвлекли внимание на позитив, это очень важно для мамы маленького ребенка. Хочу сказать спасибо, приятно, что есть такие чуткие медики.

Анастасия Сергеевна Путилова

Огромное спасибо **Ирине Ивановне Дубининой,** КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Бийск», за профессионализм, доброе отношение и участие в жизни и здоровье каждого пациента — и в моем в частности. Желаю ей крепкого здоровья и неиссякаемой энергии.

Светлана Николаевна Шлотгауэр

Хочу выразить искреннюю благодарность коллективу отделения сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул» за профессионализм и чуткое отношение к пациентам. Моя бабушка находилась здесь на лечении, и мы очень признательны заведующему отделением **А. А. Рыбалко** за грамотно проведенное оперативное вмешательство и качественную организацию работы отделения. Отдельно хочу отметить дежурного врача **Айдара Аржановича Ербалина**. Это молодой, но уже очень грамотный специалист. Он не только составил эффективный план лечения, но и проявил человеческое участие: подробно все объяснил, успокоил мою бабушку и нашу семью. В такие тревожные моменты это дорогого стоит. Спасибо вашей больнице за то, что здесь работают такие отзывчивые и профессиональные врачи!

Динара Сергеевна

Лучший врач, которого мне довелось встретить! Доктор **Наталья Сергеевна Ярикова** из КГБУЗ «Тогульская ЦРБ» сочетает редкую внимательность к деталям с умением все спокойно и честно объяснить. Лечение работает, самочувствие улучшается, а главное — появляется уверенность, что все делается правильно. Спасибо за ваш труд!

Алена

Хочу выразить благодарность гинекологу КГБУЗ «Городская больница № 10, г. Барнаул». **О. М. Сароян** и медицинской сестре **О. В. Перегудовой**. За чуткое отношение к пациенту, вежливость. Сколько времени хожу в ж/к, всегда встречают с улыбкой и располагают к себе. Все говорят по делу. Спасибо большое за ваш труд.

Мария Константиновна Степанова



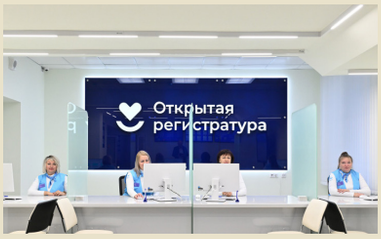


Открытие поликлинического отделения Городской больницы №3

В церемонии открытия приняли участие Губернатор Алтайского края Виктор Томенко, министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов, представители городской администрации, депутат Государственной Думы Даниил Бессарабов, а также руководители медицинских учреждений региона, сотрудники поликлиники и местные жители.

На капитальный ремонт и оснащение объекта было направлено более 330 млн рублей, из которых 90 млн выделено на закупку современного оборудования. Здание, в период пандемии перепрофилированное под ковидный госпиталь, полностью адаптировано под задачи плановой амбулаторной помощи.





В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: 78.rospotrebnadzor.ru, dzen.ru, samaragovorit.ru, otrazhenie-clinic.ru, srg.ru, www.freece.com, www.novochag.ru

Мы и ЗДОРОВЬЕ
Алтайская краевая медицинская газета 12+

Краевая медицинская газета. Издается с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Регистрационный номер ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Ю. А. Скребцова, редактор – И. А. Савина
Издатель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Адрес издателя: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.
Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. **E-mail:** medprof_typ@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «Европринт».
Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А.
Телефон/факс: 8 (3852) 245-936. **E-mail:** europrint@list.ru. **ОГРН:** 1092221004567. **ОКПО:** 62358462
Подписано в печать 16.10.2026. По графику 18:00. Фактически 18:00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.