

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 9 (688) 16 сентября 2020 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Не дать угаснуть

➤ Стр. 14-17

Все на вакцинацию!

➤ Стр. 8-9

Школа выживания

➤ Стр. 22-24

Центр ядерной медицины приступил к работе

26 августа губернатор Алтайского края Виктор Томенко принял участие в открытии современного лечебно-диагностического учреждения – ПЭТ-центра в Барнауле.

Новый Центр ядерной медицины Медицинского института имени Березина Сергея (МИБС) оснащен самым современным оборудованием, которое позволяет проводить ежегодно четыре тысячи ПЭТ-исследований, а также пять тысяч исследований на компьютерном томографе и десять тысяч исследований на магнитно-резонансном томографе. Диагностическое отделение центра оснащено аппаратом УЗИ экспертного класса и другим диагностическим оборудованием, в центре проводят консультации терапевт, невролог, эпидемиолог, гинеколог, онколог.

Центр построен в рамках государственно-частного партнерства Правительства Алтайского края и Медицинского института имени Березина Сергея. В июне 2016 года на XX Петербургском международном экономическом форуме было подписано соответствующее соглашение. В феврале 2019 года на Инвестиционном форуме в Сочи губернатор **Виктор Томенко** подтвердил решение Правительства края о поддержке реализации социально значимого инвестиционного проекта, который вывел здравоохранение Алтайского края на новый уровень.

Напомним, что услуги ПЭТ-центра будут бесплатными для жителей Алтайского края – по направлениям от врачей.



Источник: altairegion22.ru

Фоторепортаж на стр. 32 >>

Выездная работа - основа деятельности Минздрава



4 сентября министр здравоохранения **Дмитрий Попов** побывал с рабочей поездкой в **Чарышской, Усть-Калманской, Усть-Пристанской ЦРБ**.

Он оценил работу стационарного звена в части готовности принимать пациентов в условиях продолжающегося распространения коронавирусной инфекции: наличие изоляционных палат в отделениях и в реанимации, наличие СИЗов, а также отработанного алгоритма действий при поступлении пациента в больницу с поправкой на то, что в нынешних условиях любого человека можно рассматривать как возможного носителя коронавирусной инфекции. Министр посмотрел, как организована работа терапевтической службы в поликлиниках каждой районной больницы: возможность записи к врачу-терапевту, организация рабочего времени

специалиста, навыки работы в информационной системе «АРМ-поликлиника» и другое. Дмитрий Владимирович лично пообщался с регистраторами поликлиник, с участковыми терапевтами и их медсестрами, спросил, с какими сложностями в работе они сталкиваются, какие предложения по оптимизации процессов у них есть.

По инициативе Минздрава регулярно проводятся обучающие селектуры для терапевтов края, организована чат-конференция, где специалисты могут задать вопросы, внести предложения, поделиться опытом. Такой формат работы нашел живой отклик у районных врачей. Помимо этого, по инициативе министра на регулярной основе организованы выезды в районные больницы специалистов Минздрава и главных врачей ведущих поликлиник Барнаула.

Зачислены на целевой

В 2020 году Алтайскому государственному медуниверситету выделена 301 квота целевого приема по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «фармация». В конкурсе для поступления на квоты целевого приема имели право принимать участие абитуриенты не только из Алтайского края, но и республик Алтай, Тыва, Хакасия и других территорий.

За Минздравом Алтайского края было закреплено 234 квоты целевого приема (77,74 % от общего объема квот целевого приема). Для участия в конкурсном отборе заявки подали 800 будущих студентов. Средний балл целевиков составил 220,18.

За счет средств краевого бюджета студентам-целевикам в конце каждого семестра выплачивается пособие в размере 10 тыс. рублей.

Новое назначение

21 августа заместитель министра здравоохранения Алтайского края **Владимир Лещенко** представил коллективу Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи нового главного врача – **Андрея Анатольевича Макина**.

Андрей Анатольевич имеет высшее образование по специальности «лечебное дело». С 2015 по 2018 год работал в должности главного врача БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница», с 2018 по 2019 год – в должности министра здравоохранения Республики Алтай. С 18 мая 2020 года по настоящее время работал в должности глав-

ного врача городской больницы № 1 г. Рубцовска. Отметим, что бывший главный врач БСМП **Владислав Бомби-зо** продолжит работу в качестве главного хирурга Алтайского края.

«Нам нельзя терять его опыт и профессионализм. Он очень много сделал для хирургической службы региона, для ее становления и развития, для выстраивания крепкой связи между медучреждениями разных уровней. Но впереди еще много планов по модернизации хирургии, и без помощи **Владислава Аркадьевича** нам не обойтись», – отметил министр здравоохранения региона **Дмитрий Попов**.

Награды медработникам

20 августа под председательством **руководителя Администрации Губернатора и Правительства Алтайского края Виталия Снесаря** в заочном режиме прошло заседание комиссии по наградам.

За самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные при лечении пациентов в условиях новой коронавирусной инфекции, комиссией рекомендованы к представлению к государственной награде – медали Луки Крымского 7 работников медицинских организаций региона, подведомственных Министерству здравоохранения Алтайского края.

1. Григорян Арам Мкртичевич, врач-специалист инфекционного госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

2. Князева Людмила Александровна, медицинская сестра инфекционного госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

3. Кондратьева Елена Юрьевна, заведующий отделением – врач-офтальмолог КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск».

4. Кулакова Оксана Михайловна, санитарка инфекционного госпиталя

для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

5. Мирко Наталья Семеновна, заведующая терапевтическим отделением – врач-терапевт КГБУЗ «Рубцовская центральная районная больница».

6. Савенко Оксана Александровна, медицинская сестра инфекционного госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

7. Сорокина Марина Николаевна, медицинская сестра инфекционного госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».



Беременных - под контроль

В перинатальном центре «ДАР» начал работу специальный кабинет по наблюдению беременных высокого риска с угрозой преждевременных родов.

Он создан на базе консультативно-диагностического отделения (КДО). Попасть на прием можно по направлению от лечащего врача женской консультации по месту жительства. Наблюдение осуществляется бесплатно, в рамках полиса обязательного медицинского страхования. Прием ведет врач – акушер-гинеколог высшей категории **Марина Владимировна Нагайцева**.

На прием ждут женщин, которые имеют в анамнезе: преждевременные роды, наступившие при сроке от 22 до 37 полных недель; поздние выкидыши, а также два и более выкидыша любого срока – так называемое привычное невынашивание; выраженные признаки угрозы преждевременных родов во время настоящей беременности.

Во время наблюдения врач будет вести динамический контроль за состоянием шейки матки, проведет обследование геноза – почему возникла угроза прерывания беременности, запишет на консультации узких специалистов и при необходимости обсудит лечение сопутствующих заболеваний.

Марина Нагайцева поясняет: «Хочу обратить внимание на важный момент. Сейчас в рамках полиса ОМС мы можем предложить только наблюдение уже беременных женщин. Консультации по прегравидарной подготовке пока не проводятся, но – планируются.

Пока же на этапе прегравидной подготовки «ДАР» может предложить услуги лаборатории иммуногистохимии (на состояние и активность эндометрия) и лаборатории цитогенетики – здесь на наличие хромосомных патологий исследуют абортивный материал. По нему можно определить причину, почему случился дефект имплантации.

Укрепить здоровье граждан – задача государства



Алтайский край участвует в реализации федерального проекта в сфере здравоохранения «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Он начался в январе 2019-го и продлится до 2024 года.

Среди его основных показателей – снижение смертности женщин и мужчин в возрасте 16–54 (59) лет. В числе запланированных мероприятий – открытие центров общественного здоровья, внедрение муниципальных программ укрепления здоровья, реализация мероприятий по снижению факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, первичной профилактике заболеваний полости рта и профилактике заболеваний мужской половой сферы.

Также в рамках проекта предполагается внедрение корпоративных программ здоровья. Эта работа началась

в декабре 2019 года, такие программы уже действуют в четырех организациях – на АЗПИ, в краевом перинатальном центре «ДАР», аграрном университете, алтайском филиале «Ростелекома».

Среди прочих мер – повышение доступности для населения алтайских продуктов, соответствующих принципам здорового питания, проведение обучающих и информационных мероприятий, открытие регионального научно-методического и образовательного центра по вопросам здорового питания при участии двух ведущих алтайских вузов – медицинского и технического университетов.

В настоящее время этот и другие национальные проекты в сфере здравоохранения будут скорректированы из-за ситуации с распространением новой коронавирусной инфекции. Соответствующее поручение Правительству в июне дал Президент **Владимир Путин**.

То, что нацпроекты требуют актуальных изменений, показывает практика работы алтайских учреждений здравоохранения. Краевой центр медицинской профилактики «Центр общественного здоровья» – один из основных операторов регионального проекта по укреплению общественного здоровья. КЦМП участвует в раз-

работке и реализации корпоративных программ и проектов, посвященных здоровому питанию, здоровому образу жизни, профилактике хронических неинфекционных заболеваний среди детского и взрослого населения края, проводит исследования состояния общественного здоровья.

В мае текущего года КЦМП, согласно поручению краевого Минздрава, открыл на своей базе дистанционный Центр мониторинга пациентов с бессимптомным и малосимптомным течением COVID-19. Эта практика была признана успешной и пациентами, и медицинским сообществом края, и на федеральном уровне. В августе проект по интеграции цифровых технологий в работу первичного звена был отмечен дипломом победителя Всероссийского конкурса «Здоровье нации – 2020». Теперь эту практику хотят применять шире, включая наблюдение больных с другими заболеваниями.

– Санитарно-эпидемиологическая ситуация существенно изменилась и повлекла за собой ряд перемен, которые пришлось вносить в работу в оперативном формате, – рассказывает **Татьяна Репкина**, главный врач КЦМП. – Подходы к реализации нацпроектов тоже изменились. До появления COVID-19 мы шли по графику, выполняя корпоративные программы здоровья, активно работали по направлению «здоровое питание», активно вели и сейчас стараемся вести мониторинг. С развитием пандемии мы быстро отреагировали на сложившуюся ситуацию и открыли новое направление, связанное с интеграцией цифровых технологий в рамках темы COVID-19.

На сегодняшний день наши специалисты провели более 70 тысяч консультаций пациентов с бессимптомным и малосимптомным течением COVID-19. Данная форма работы доказала свою эффективность, несмотря на то, что есть разные мнения на счет внедрения дистанционных технологий. В связи с тем, что Алтайский край очень протяженный и плотность населения низкая, мы задумываемся об использовании дистанционных технологий для наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями,

Более
86
тыс.

консультаций пациентов с бессимптомным и малосимптомным течением COVID-19 провели специалисты КЦМП за три месяца работы

где это возможно. При таких заболеваниях, как гипертония, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких и другое, когда диагноз уже известен, и подобрана медикаментозная терапия, и нужен совет, коррекция терапии или своевременное принятие решения, новый формат наблюдения может быть весьма эффективным. При этом бенефициарами будут не только пациенты, но и врачи. Ситуация с COVID-19 показала, что мы консультируем не только пациентов, но и врачей, особенно районных больниц. Наши специалисты выполняют еще и функцию экспертов, эта функция была предложена ситуацией. Мы все оказались в нестандартной ситуации, поэтому совместно ищем решения, привлекаем других специалистов для их принятия. Дистанционная консультация способствует тому, чтобы медицинские работники без необходимости не выезжали к больным, были меньше подвержены риску заражения.

В рамках направления корпоративных программ здоровья сейчас необходимо уделять внимание санитарно-эпидемиологическому режиму на предприятиях. Этому нужно учить работников, это нужно уметь организовать работодателю. Один сотрудник, который принесет на завод инфекцию и создаст ее очаг, – это недопустимые вещи. Должны быть приняты максимальные меры безопасности, и здесь без медицинского сообщества работодателю точно не обойтись.

Заключение новых корпоративных программ мы продолжим с введением третьего этапа снятия ограничений. Мы должны научиться работать и заниматься здоровьем даже в этих условиях. Помимо COVID-19, другие заболевания уносят жизни. Я считаю, что интеграция цифровых технологий позволит усилить направление укрепления общественного здоровья в целом. Сейчас Алтайский край успешно участвует в федеральном проекте по удаленному мониторингу артериального давления у больных с гипертонией.

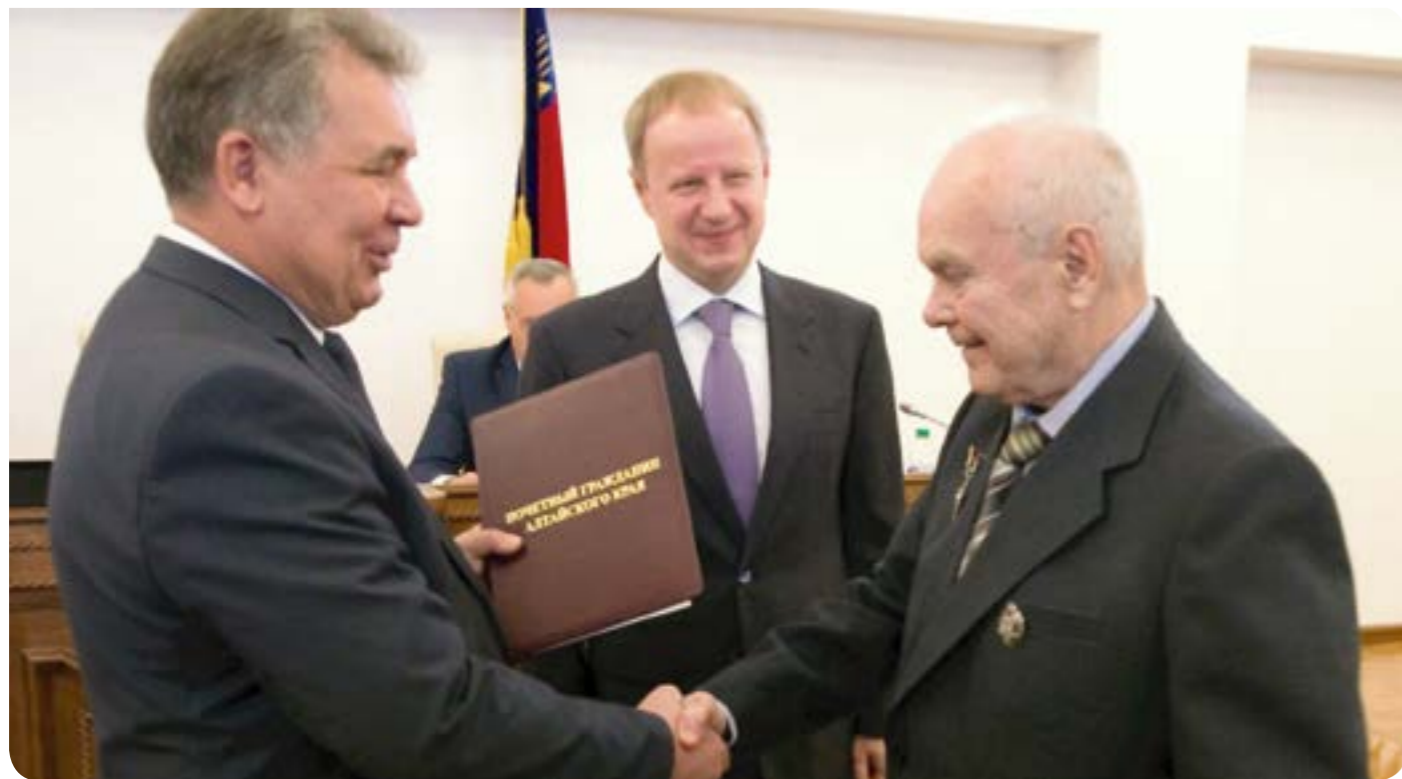
Для врачей общей практики и терапевтов, особенно молодых, гаджеты – это повседневный инструмент, с этим они живут. Поэтому они быстро осваивают цифровые технологии, которые приходят в медицину. Технологии позволяют пациенту получать своевременную помощь и консультацию, он не ощущает себя брошенным, не остается один с проблемой. Врач с ним рядом – да, на телефоне, через телемедицину, но пациент может задать вопрос, обозначить свои сложности. Это касается пациентов не только с уже установленными хроническими диагнозами, но и с вновь выявленными заболеваниями.

В центре дистанционного мониторинга КЦМП работают десять врачей – терапевты, педиатр, а также психолог. К педиатру родители могут обращаться по многим проблемам, которые не требуют очной явки и осмотра ребенка: введение прикорма, вопросы, связанные с вакцинацией, аллергическими реакциями и т.д. Психолог консультирует в том числе больных с онкологией.

Хочу отметить, что в нынешнее время очень важна осознанность, то есть забота о своем здоровье. Человек сам решает, носить ли ему маску и перчатки, как питаться, уделять ли время физической активности, контролировать ли психоэмоциональный фон. При всех произошедших переменах основными задачами нацпроектов в сфере здравоохранения остаются сохранение жизни пациентов и сохранение качества их жизни, оказание медпомощи и обеспечение ее доступности.

Подготовила **Елена Клишина**

«Я всегда старался держать себя в руках»



14 сентября исполнилось 85 лет известному алтайскому нейрохирургу Семену Япрынцеву. Свой профессиональный путь хирурга он начинал в 60-х годах прошлого столетия в районной больнице, оперируя при свете керосиновой лампы. Большую часть жизни Семен Федорович отдал Краевой клинической больнице и только в 2019 году ушел на заслуженный отдых.

Из первого набора

Семен Япрынцев родился в 1935 году в Быстроистокском районе, а в 1954-м стал студентом первого набора Алтайского государственного медицинского института.

– Я окончил среднюю школу, и в том же году в Барнауле открыли медицинский институт. Мой отец был лесником, мама – домохозяйкой, куда-то далеко отправлять меня на учебу у них не было материальных возможностей. Поэтому я выбрал ближайший институт. У нас были очень опытные преподаватели из Москвы и Ленинграда, и очень строгие.

Набирали на первый курс в основном жителей Алтайского края, и, видимо, подготовка у многих была слабая. Преподаватели нам говорили: «Учитесь, иначе вас отчислим!» И отчисляли. После первой сессии – сразу 50 человек. Набрали на первый курс примерно 250 человек, а завершили обучение примерно 150.

Я окончил лечебный факультет, и диплом давал мне право работать и хирургом, и гинекологом, и терапевтом, и неврологом – буквально по любой специализации. После института меня направили в районную больницу, в Усть-Пристань – в качестве невропатолога, такого специалиста там не было.

Тогда с врачами было трудно, поэтому главный врач сказал, чтобы я занимался и неврологией, и хирургией. Но это еще полбеды. В больнице был гинеколог – неоперирующий. Поэтому я стал делать еще и кесарево сечение, удалял кисты яичников и так далее. В общей хирургии удалял ущемленные и неущемленные грыжи, аппендициты, завороты кишок, перфоративную язву желудка и многое другое, плюс всевозможные травмы. Там я проработал два с половиной года. Потом в крае стали укрупнять районы, и меня перевели в Усть-Калманский район, который был объединен с Чарышским. И занимался

там тем же самым – и неврологией, и гинекологией, и хирургией. Так я работал еще два с половиной года, а потом мне из крайздраотдела позвонил главный хирург Алтайского края **Елисеев Юрий Иванович**: «Есть путевка в Ленинград по нейрохирургии, поедешь?» Я ответил: «Юрий Иванович, зачем в районе нейрохирург?» Он – мне: «А ты что, собрался всю жизнь в районе работать?»

Чтобы меня отпустили на учебу, нужно было испрашивать разрешение в райкоме партии. Я прикинулся простачком, сказал, что деревенский, нигде не был, а так хоть Ленинград посмотрю. И меня отпустили на пять месяцев проходить усовершенствование по нейрохирургии.

Более полувека в краевой

– Мое возвращение из Ленинграда совпало со сложной кадровой ситуацией в краевой больнице. В отделении нейрохирургии на 40 коек там остался один нейрохирург из трех – у одного открылась сильная аллергия на антибиотики, а другой поступил в аспирантуру в Ленинград. Так я пришел в 1965 году в краевую больницу и проработал почти всю жизнь в одном отделении.

Когда я только начинал, еще в районе, то часто работал при обычной керосиновой лампе. Когда я пришел в краевую больницу, это было, так скажем, начало развития нейрохирургии в Алтайском крае. Нас курировали нейрохирурги из Ленинграда. Каждый год к нам приезжал специалист, который интересовался нашей работой и всегда удивлялся тому, как мы ставим диагноз, не имея той аппаратуры, которой располагали ленинградские коллеги.

Диагностической аппаратуры, кроме рентгеновского аппарата, действительно никакой не было. У нас методы исследования были такие, первобытные, жестокие – введение воздуха в головной мозг (пневмоэнцефалография), дырки сверлили в голове, иглками вводили воздух в полости (вентрикулография). Ангиографию сосудов головного мозга делали вручную – пунктировали артерию на шее, шприцем вводили контрастное вещество, одновременно

Справка

Из биографической справки С.Ф. Япрынцева на официальном сайте Алтайского края:

«С именем Семена Япрынцева связан целый этап развития нейрохирургической службы на Алтае, а именно сосудистая хирургия – использование микрохирургической техники при оперировании аневризм, удалении артериовенозных аневризм головного мозга. Во многом именно ему здравоохранение края обязано сегодняшними достижениями в области нейроэндоскопии.

Семен Япрынцев в совершенстве владеет методиками оперативного вмешательства у больных с заболеваниями позвоночника, головного мозга, острой черепно-мозговой и спинальной травмой, опухолями центральной нервной системы, в том числе сложных локализаций.

Благодаря инициативности Семена Япрынцева существенно изменились взгляды на оперативное лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника, в результате чего у прооперированных больных значи-

тельно сокращается срок лечения и период реабилитации. В настоящее время Семен Япрынцев продолжает успешно осваивать современные методы диагностики и лечения больных с патологией сосудов головного мозга. Совместно с ангиохирургами краевой больницы разработал и внедрил методику эндоваскулярной эмболизации врожденных деформаций сосудов головного мозга, в том числе у новорожденных детей.

За многолетний добросовестный труд Семен Федорович награжден медалью «За доблестный труд» (1970), нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (1980), Почетной грамотой Алтайского краевого Законодательного собрания (2010). В 2016 году ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», в 2019 году АКЗС присвоило ему звание «Почетный гражданин Алтайского края».

делая рентгеновские снимки. А сейчас есть целый ангиографический аппарат, который сам делает снимки.

Компьютерную томографию я впервые увидел в конце 90-х, когда был в Москве на повышении квалификации. В настоящее же время у нас в крае представлены и доступны пациентам все современные методы обследования, щадящие, безболезненные, объективные и исчерпывающие, такие как компьютерная томография и МРТ. Сейчас намного проще.

Правила жизни

– Все операции, тем более на головном мозге, сложные. Простых операций не бывает, каждая по-своему сложна. Раньше считалось, что если дотронулся до головного мозга, то человек умрет. А мы оперировали, и люди выживали.

У каждого хирурга есть правила свои, своя тактика. Во-первых, нужно

поставить диагноз. Если это опухоль, то где она расположена, мозг большой – лоб, затылок, висок, темя, надо определиться. Затем намечаешь план, где открывать, какой объем планируешь удалять – частично или полностью. И самое главное – очень осторожно, методично и грамотно, чтобы не повредить лишнее. Не торопиться, не нервничать. Я всегда старался держать себя в руках.

Обычно операции длились часа два-три, но бывало, что и пять-шесть. Пока оперируешь, не чувствуешь усталости. Она наваливается потом, когда операция закончилась. Я всегда старался поддерживать физическую форму – делал зарядку, летом плавал, зимой ходил на лыжах. Старался высыпаться, давал организму отдохнуть. Сейчас езжу с родственниками на дачу и стараюсь там помогать по мере сил.

Елена Клишина.
Фото Олега Богданова

Все на вакцинацию!

Чем ближе старт осенней кампании вакцинации, тем слышнее голоса «антипрививочников». Почему вопросы, на которые врачи ответили давно и однозначно – прививки нужны! – по сию пору бурно обсуждаются в обществе?

Вразумить нигилистов

Проблема эта входит в круг научных изысканий **Андрея Коломийца**, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача России, главврача городской клинической больницы № 11 г. Барнаула.



– **Андрей Александрович, СМИ уже сообщили о готовности разработчиков вывести вакцину против К-19 на рынок. Но может ли быть безопасным то, что создано за столь короткое время? Этот вопрос тревожит не только обывателей, но и врачей.**

– Не думал, что в наше время нужно будет убеждать в пользу вакцинации своих коллег. Искаженная информация – страшное оружие. Люди читают про теории заговоров, кодирование-чипирование с помощью прививок и прочую чушь, а затем начинается паника. Ситуация напоминает вакцинацию населения в Средней Азии после



революции 1917 года. Врачей-инфекционистов тогда просто убивали. Но ведь это делали необразованные, дремучие жители кишлаков... Почему сейчас вдруг снова понадобилось доказывать необходимость прививок даже в медицинском сообществе? Вот вопрос.

– **Видимо, повлияло мощное движение антипрививочников, выросшее на субстрате спокойной жизни прошлых лет.**

– Но она – итог десятилетий напряженной работы медиков, инфекционистов. Одним из величайших достижений России считаю национальный календарь прививок. Во время работы в Индии, к примеру, мне пришлось столкнуться с громадным количеством детей, ставших инвалидами после перенесенного полиомиелита. Я категорично отрицательно отношусь к псевдогуманистичной полемике о вреде

вакцинации, в которой мизерные осложнения, в основном аллергические, раздуты до небес. Очень хочется авторов антипрививочных публикаций отправить на встречу с детьми-инвалидами. Думаю, ужас увиденного врачумил бы любого нигилиста.

Одна за всех

– **Возможно, так сказывается массовая усталость. Не успели мы одну эпидемию пережить, а уже другие на подходе. Кроме новых штаммов гриппа и К-вируса, старые знакомые – гепатиты, ВИЧ, корь, ветряная оспа... Не зачастили ли к нам «непрощенные гости»? И почему даже жесткие карантинные меры не дают нужного эффекта?**

– По многим причинам. Из-за растущей плотности населения Земли, которое перевалило за 7 миллиардов человек. Общедоступными ста-

ли авиасообщения и другие виды транспорта, они делают распространение вируса по странам и континентам молниеносным. Плюс мы практически бессильны против живущих рядом с нами животных и птиц, переносчиков многих инфекционных заболеваний.

– **То есть те или иные вирусные риски и есть норма нашей жизни?**

– Вы правильно меня поняли. Осенью помимо К-19 могут прийти новые штаммы коронавируса и гриппа. Далеко не все из них нам известны, не ясна степень их опасности. По этой причине вакцинация в этом году будет проходить в два этапа: в конце августа поступит трехвалентная вакцина от гриппа, а в октябре – от К-19.

– **Вот это как раз и беспокоит наших читателей. Может, вакцинацию от гриппа в этом сезоне правильнее было бы пропустить, ведь история с К-19 еще не завершена?**

– Не могу с вами согласиться. Во-первых, потому что К-19 в России протекает как грипп, среди больных преобладают бессимптомные формы, реже ОРЗ, совсем редко – пневмонии. Во-вторых, мы не знаем, насколько опасными будут новые штаммы гриппа, возможно, опаснее К-19. В-третьих, если человек болеет одним вирусом, второй ему, за редчайшим исключением, не опасен. Активированная иммунная система просто не даст ему шансов. Этот эффект в среднем сохраняется 1,5–2 месяца. То есть в этот период прививка от гриппа защитит и от К-19.

– **Возможно, стоит и сейчас напомнить читателям, что такое вакцина...**

– Говоря простым языком, это смесь биологических соединений, включающая в себя ослабленные или убитые вирусы, их токсины, специфические поверхностные белки, РНК или вирусные векторы. Все они программируют иммунный ответ. Под каждый опасный штамм вируса создается своя вакцина. Вакцинированный организм сразу подавляет вирус антителами и не болеет.

– **Иначе говоря, разные смеси действуют по-разному?**

– Китай, например, при разработке вакцины использует «мертвый вирус», на него вырабатываются антитела по

всему спектру вирусных антигенов. По военной терминологии, это «огонь по площадям с уничтожением всего живого». Технология предусматривает многоэтапное длительное, до двух лет, тестирование на безопасность на животных, добровольцах и в клинической практике.

США используют «полную РНК вируса», выработанные антитела уничтожают его «мозг и системы жизнеобеспечения». Это артобстрел по координатам. Проверка на безопасность также длительная, до 1 года.

В России и Англии для разработки вакцины применяют современную технологию вирусного вектора. Достаточно вычленив из РНК К-вируса наиболее специфический кусочек его генетического кода, вживить его в генную структуру возбудителя, безопасного для человека, – и вакцина готова! Готово высокоточное оружие, бьющее «белку в глаз». Из плюсов: мизерные побочные эффекты, действие на конкретный вирус, без перенапряжения иммунитета. Правда, и классического иммунитета с большим количеством антител в этом случае не будет. Проверка безопасности технологии вирусного вектора носит в большей степени формально-обязательный характер и может проводиться в короткий срок. Россия и Англия отработали синхронно, создав вакцину, что говорит об одинаковых подходах и соблюдении протокола проверок. К слову, не исключено, что пациенты с бессимптомной формой коронавируса ранее уже встречались с другими его штаммами, а поскольку имеют иммунитет к большей части РНК К-19, то и клинических проявлений в виде ОРЗ и пневмонии у них нет.

Быть первыми

– **Верите ли вы в то, что Россия опередила США и другие страны с педеровой фарминдустрией?**

– А чему вы удивляетесь? Климат в нашей стране тяжелый, ее жители каждый год встречаются с громадным количеством различных инфекций. Мы по необходимости развивали и развиваем эту отрасль биофармации, чего не скажешь о США. Вы заметили,

что мировая пресса молчит о технологиях России? Это не только сомнения в эффективности и безопасности русской вакцины, но и намек на то, что нужно дождаться западных разработок. Между тем государственный научный центр вирусологии и биотехнологии с символическим названием «Вектор» разработал уже 47 (!) вакцин против коронавируса. Быть первыми не только ответственно, но и приятно.

– **Эффективна ли нынешняя лабораторная диагностика К-19?**

– Я бы говорил о ее целесообразности сейчас, на этапе почти полной отмены карантинных мероприятий, когда преобладают легкие формы, диагнозы понятны по клиническим проявлениям и рентгенографии и лечение по рекомендациям Минздрава дает хороший эффект даже при тяжелом течении заболевания. Но вернемся к вопросу. Основной метод диагностики, не вдаваясь в технологические подробности, это ПЦР – выявление антигенов К-19 в мазке из носа. Забор материала следует делать на 6–8-е сутки после контакта, если есть вирусное поражение или клиника ОРЗ-пневмонии. Метод дает до 20% ошибок при нарушениях техники забора. На результат влияют многие факторы: от среды в пробирке до длительности хранения материала. Сектор искажений – до 40%. Иммуноферментная (ИФА) и иммунохимическая (ИХА) диагностика определяют антитела к К-19 в крови пациента, выявляя иммуноглобулины М и G. М в острой стадии, через неделю после заболевания, это так называемая слепая зона. По мере формирования иммунитета на первое место выходит G.

– **Что скажете об эффективности экспресс-тестов на антитела и антигены К-19?**

– Пока результаты не обнадеживают. Сопоставляя данные экспресс-тестов с теми, что получены при ПЦР и ИФА, получаем совпадения не более чем в 20% случаев.

– **Ваш совет жителям Алтайского края.**

– Короткий: все на вакцинацию!

Тамара Попова.

Источник: www.ap22.ru

«Диабет - болезнь управляемая»

Так считает Марина Шестакова, д. м. н., профессор, академик РАН, директор Института диабета НИИЦ эндокринологии Минздрава РФ. По ее словам, диабет очень часто можно предотвратить. Знакомимся с точкой зрения эксперта.



Профилактика

– Диабет второго типа – это болезнь прогнозируемая и на начальном этапе предотвратимая. Можно не заболеть. Если ты знаешь, что находишься в группе риска, надо принять меры. Факторы риска хорошо известны. Это избыточный вес или ожирение, а также наследственность по диабету или ожирению. Это перенесенный во время беременности гестационный диабет. Его редко у нас диагностируют. Косвенно о нем можно узнать, если женщина родила крупновесного ребенка, больше четырех килограммов. Это большой фактор риска, который приводит к развитию диабета второго типа не сразу,

а через 5–10 лет после родоразрешения. Женщина, которая набрала много веса во время беременности, тоже в группе риска. Рискуют также люди, которые имеют гипертонию и дислипидемию, нарушение холестерина обмена. И, естественно, это люди, которые ведут малоподвижный образ жизни, особенно старше 45 лет. Если говорить о любителях сладкого, то сладость, не переросшая в жир, не является угрозой развития сахарного диабета. Зная все эти риски, можно сделать так, чтобы диабета не было. Для этого надо научиться управлять своим организмом, мотивировать себя взяться за свое здоровье. Изменить образ жизни и систему питания – прежде всего.

Сегодня диабет второго типа – управляемое заболевание. При адекватном и своевременном лечении качество и продолжительность жизни больных сахарным диабетом второго типа зачастую даже выше, чем у их здоровых сверстников. Главное – болезнь не запускать.

С диабетом первого типа дела обстоят сложнее. Наш эндокринологический центр – один из ведущих в мире по прогнозированию рисков развития диабета первого типа в так называемых ядерных семьях (в которых кто-то уже болен диабетом первого типа – родители либо дети). Такие родители иногда приходят спросить: а если мы хотим второго ребенка, есть ли угроза диабета? Сотрудники Института



детской эндокринологии нашего центра разработали целую панель генетических маркеров, позволяющих прогнозировать развитие диабета первого типа. С вероятностью до 95% мы можем сказать, есть ли такой риск. В нашем отделении сахарного диабета Института детской эндокринологии уже на протяжении 18 лет ведется наблюдение за такими семьями. Детишки из таких ядерных семей, к счастью, редко заболевают диабетом. Накопив полномасштабную базу данных и проведя скрининг по всем маркерам, мы хотим научиться прогнозировать, каков персональный риск развития диабета в каждом конкретном случае.

Диабет первого типа раньше назывался инсулинозависимым. Сразу скажу, что прогноз у этих пациентов при своевременном и правильном назначении вполне оптимистичный. «Сладкие люди» второго типа – это люди пожилого и преклонного возраста, они вначале обходятся без инсулина, но иногда, со временем, инсулинотерапия им назначается.

А вообще типов диабета больше. Есть, например, диабет типа MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). Это диабет условно второго типа, развившийся у детей. Но это не диабет второго типа, а генетически совершенно другая форма болезни, которую можно и нужно лечить таблетками, а не инсулином. Хотя, как правило, таким детям поначалу назначают инсулин. Но диабет не компенсируется. Этому ребенку необходимо специальное генетическое обследование, которое выявит мутацию. Мы подтверждаем диагноз и можем вести человека пожизненно на таблетках. Тогда мы видим благоприятное течение диабета, почти без осложнений.

Метаболическая память

– Если больной долгое время был плохо компенсирован, значит ли это, что он обречен и не сможет жить нормальной жизнью?

– Мы этим вплотную занимаемся – это называется «метаболической памятью». Если человек был долгие годы плохо компенсирован, жил с

высоким уровнем глюкозы в крови, а потом нам удалось привести этот показатель в идеальный порядок, – к сожалению, клетки его органов-мишеней ничего не забыли, они все помнят, даже то, что было в далекие годы, когда болезнь только начиналась. Поэтому осложнения продолжают прогрессировать. И нужно не менее 5–10 долгих лет удерживать хорошую компенсацию диабета, чтобы избавиться от этой памяти. И тогда организм все плохое отринет, забудет.

Мы наблюдаем больных диабетом, у которых в связи с терминальной почечной недостаточностью была выполнена операция трансплантации почки вместе с поджелудочной железой. Такие операции все чаще и чаще выполняют наши коллеги трансплантологи, избавляя наших больных и от гемодиализа, и от диабета. На их примере мы видим, что именно этот срок должен миновать после успешной трансплантации, когда человек живет с нормальным сахаром в крови, без диабета, чтобы закончились все сосудистые осложнения.

Профилактика и лечение

– Нужно, чтобы люди понимали, что важно как можно раньше выявить диабет. Для этого необходимо регулярно проверять свой уровень сахара, следить за весом, рационом и образом жизни. Если сам не можешь справиться, можно обратиться к специалистам: эндокринологу, диетологу, фитнес-инструктору и психологу. Психолог порой очень важен – он помогает найти мотивацию. Для каждого человека она будет разной. Для кого-то страшным прогнозом звучат слова о том, что тебе отрежут ногу, ты ослепнешь, ты умрешь. Для кого-то нужно сказать, что ты сможешь сплестись на свадьбе внука. Для кого-то важно не потерять любимую работу. Я знаю медийных лиц, которые были под угрозой сокращения, но взяли себя и пришли к такой стройности, которой можно позавидовать. Ныне работают, и мы их все знаем. Иногда врач в суете не может эти мотивы нащупать, и тогда психолог просто незаменим. Когда че-

ловек сильно мотивирован, он достигает просто потрясающих результатов.

Выбор тактики лечения – только за лечащим врачом. Желание пациента мы, конечно, очень ценим, мы его учитываем, мы с пациентом просто обьязаны быть партнерами. Но выбор делает врач, тем более когда речь идет об эндокринных нарушениях. Дело в том – так уж сложилось не только в нашей стране, – что вокруг гормональных заболеваний масса всяческих советчиков. Немало случаев, когда люди, ведущие практически нормальную жизнь на инсулиновой терапии, поддавшись подобным советам, отказываются от нее и погибают. И потому я хочу, чтобы меня услышали. Не надо бояться, тем более отказываться от гормональной терапии.

Диабет будет побежден?

– Надеюсь, и не только я, что со временем сахарный диабет утратит свое могущество. Уйдет ли он совсем? Не уверена. Потому что такой гормон, как инсулин, совершенно уникален, ни на какой другой не похож и заменить его нечем. Пересадка органов, в частности поджелудочной железы или островков, производящих инсулин, способны изменить ситуацию. Но риск проведения подобной операции, даже с учетом всех современных достижений, все же выше, чем само заболевание. Ведь любая пересадка органов обязательно предполагает пожизненное принятие определенных препаратов, которые не безразличны для организма, в том числе и для иммунной системы.

Но позитивные новости в плане борьбы с диабетом есть. Особенно много хороших новостей о диабете второго типа, который во всем мире, как известно, доминирует. Тут много новых лекарственных решений. Это два новых класса препарата, которые более всего продемонстрировали свои чудесные свойства в плане снижения сахара крови, что необходимо для лечения диабета, плюс защита почек и сердца. Это оказалось для всех

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

действительно новостью, потому что механизм защиты сердца и почек у этих двух групп препаратов не связан с сахароснижающим эффектом, а абсолютно самостоятелен. Настолько самостоятелен, что эти два класса препаратов кардиологи и нефрологи сейчас пытаются применять даже без сахарного диабета.

Один класс препаратов – это агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида первого типа. Это гормоны желудочно-кишечного тракта – они так же, как инсулин, заправляются в шприц-ручки, и с их помощью делаются инъекции. Есть разные формы: можно делать ежедневные инъекции раз в день, можно делать раз в неделю. Они не только снижают сахар, но и позволяют снижать массу тела, потому что блокируют центр аппетита и действуют еще на целый ряд факторов, которые снижают массу тела. К тому же они защищают почки и сердце, как было доказано в многоцентровых масштабных всепланетарных исследованиях. Они показали, что пациенты контролируют диабет, у них снижается частота развития патологии сердца, сердечно-сосудистых осложнений – инфаркта, инсульта, сердечной недостаточности и почечных исходов.

Вторая группа препаратов – блокаторы реабсорбции глюкозы в почках, или глифлозины. Их можно принимать перорально, и тоже оказалось, что они не только контролируют сахар в крови, а дополнительно к этому снижают массу тела, защищают сердце и почки. Механизм их действия связан с тем, что выводится сахар с мочой, и тем самым выводится сахар из крови. Это позволяет безбоязненно, без последствий и без ожидания гипогликемических состояний снижать сахар, но этот же механизм обеспечивает в первую очередь защиту от сердечной и почечной недостаточности.

Способов излечения диабета как первого, так и второго типа пока не найдено, но появилась очевидная возможность достичь ремиссии. Ремиссия при диабете второго типа – возможность полностью отказаться от

Вопрос – ответ

Какие исследования и когда нужно проходить?

– Каждому человеку после 45 лет необходимо раз в год сдавать анализ сахара в крови натощак. Если же человек входит в группу риска (в плане наследственности и/или избыточного веса), этот анализ ему нужно сдавать чаще и не только натощак, но и после еды, сделав либо тест с пищевой нагрузкой, либо тест на толерантность к глюкозе. Эти исследования можно пройти на базе любой поликлиники. Недавно ВОЗ утвердила новый метод диагностики сахарного диабета по уровню гликозилированного гемоглобина. Этот простой тест можно проводить в любое время вне зависимости от принятой пищи, и он заменяет двухчасовую пробу с пищевой нагрузкой.

лекарств и жить нормальной жизнью. Мы не называем это излечением, потому что любой срыв может привести к возвращению диабета. В этом плане замечательный результат демонстрируют бариатрические операции, которые позволяют снизить вес. При таких операциях петля тонкой кишки подшивается к уменьшенному в размерах желудку, при этом петли кишки не отрезаются, а просто исключаются из процесса пищеварения. И тогда пища из пищевода попадает в желудок, а из желудка – сразу в дистальные отделы кишечника, минуя долгий путь по петлям, где эта пища обычно всасывается в большом количестве и приводит к отложению жировых скоплений. То есть пассаж пищи ускоренный. Человек после такой операции достаточно быстро – в течение двух-трех месяцев теряет вес. Одновременно у него уходят все признаки диабета, сахар нормализуется, и полностью отменяются лекарства.

Кроме того, очень активно развиваются геномное редактирование

и клеточные технологии. На них мы возлагаем огромные надежды. Уверена, что в течение ближайших десяти лет произойдет клеточная революция в области лечения первого и второго типа диабета, а дальше возможен настоящий переворот в этой области. Возможно, будет найден способ полного излечения диабета.

– Несмотря на то, что средний возраст для дебюта – 50-60 лет, сейчас мы встречаем диабет второго типа у 20-30-летних и даже у детей 10-12 лет! При этом до поры до времени эта коварная болезнь ничем себя не выдает, подкрадываясь к человеку потихоньку, исподволь. Классические признаки диабета – жажда, сухость во рту, кожный зуд и т. д. – могут отсутствовать до тех пор, пока недостаточность инсулина не примет серьезный характер. По оценке специалистов, на одного выявленного больного диабетом приходится 3-4 тех, кто об этом не подозревает. Вот почему особые усилия необходимо направить на профилактику этой болезни. Практика показывает: если на этапе предиабета грамотно выстроить тактику поведения больного, 50-60% из них могут перейти в группу здоровых людей и избежать развития недуга.

Подготовлено по материалам публикаций medbook.ru, scientificrussia.ru, «Российской газеты», «АиФ».

Медсестра и наставник

Основное место работы Светланы Ивановны Ермоленко – Краевая клиническая больница. Но сейчас она временно работает в больнице № 5 г. Барнаула. В апреле эта больница одной из первых в крае была перепрофилирована в ковидный госпиталь, а его коллектив стал формироваться за счет медработников других учреждений. Светлана Ермоленко – одна из тех, кто пришел на помощь медсестрам пятой горбольницы.

Светлана Ермоленко родилась в Родино, там же окончила медицинское училище и начала работать в системе здравоохранения. Первое место работы – санитарка в Родинской ЦРБ. После окончания училища она приехала в Барнаул и с 1991 года стала работать медицинской сестрой-анестезистом в отделении анестезиологии-реанимации Краевой клинической больницы. Сама она говорит, что выбор профессии был сделан случайно, но не исключено, что на это повлиял пример мамы, которая работала фельдшером скорой помощи в Родино.

На вопрос «Трудно ли работать в отделении реанимации?» Светлана Ивановна отвечает: «Первые три года после училища было трудно, а потом нормально. После училища кажется, что так, в принципе, и должно быть». Сейчас, работая в ковидном госпитале, Светлана Ивановна отмечает, что



Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13»

адаптация проходит тяжелее, чем после училища, – не потому, что приходится соблюдать серьезные меры безопасности, просто «много новых людей, другой возраст, а работа примерно одна и та же».

По словам руководства, Светлана Ермоленко активно участвует в обучении студентов. В отделение, где она работает, на практику приходят не только студенты медуниверситета и Барнаульского базового медицинского колледжа, но и приезжают студенты из ее альма-матер – Родинского медколледжа, а также из Благовещенского медицинского техникума. Светлана Ивановна знакомит их с особенностями работы медицинской сестры постовой и медицинской сестры процедурной, а также с работой в зале гемодиализа. За последние три года она подготовила пять медсестер-анестезистов из числа молодых специалистов. По словам медика, учить интересно тех, кто планирует и дальше связывать свою жизнь с медициной и сестринским делом.

В отделении анестезиологии-реанимации Светлана Ивановна принимает активное участие при проведении новых методик и технологий: инфузионно-трансфузионной терапии современными лекарственными средствами; новых видов послеоперационного обезболивания ненаркотическими анальгетиками; современных методов ингаляционной анестезии современными галосодержащими препаратами (севоран и изофлюран). Она также активно участвует во внедрении новых методик, таких как методика видеоларингоскопии при трудной интубации трахеи для проведения искусственной вентиляции легких в анестезиологической и реанимационной практике; методика локальной гипотермии при лор-операциях для коррекции периоперационной кровоточивости; методика управляемой лекарственной гипотонии при оперативных вмешательствах в оториноларингологии для уменьшения операционной кровопотери.

Справка

Отделение анестезиологии-реанимации ККБ развернуто на 18 реанимационных коек для интенсивного лечения и наблюдения больных хирургического и терапевтического профиля. Ежегодно отделение анестезиологии-реанимации обеспечивает круглосуточную специализированную анестезиологическо-реанимационную помощь пациентам из городов и районов края. За 2016–2018 годы было проведено 33 233 наркоза и пролечено 4731 больной.

За время работы в отделении Светлана Ивановна овладела теоретическими и практическими навыками по уходу за тяжелобольными, интенсивной терапии и мониторинга, которые необходимы для обеспечения качественной работы отделения, владеет методами анестезиологического пособия. За время работы в отделении зарекомендовала себя в качестве грамотного и дисциплинированного работника и была отмечена почетными грамотами КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Министерства здравоохранения Алтайского края и краевого Законодательного собрания.

К профессиональному портрету Светланы Ермоленко можно добавить то, что она имеет высшую квалификационную категорию по специальности «анестезиология и реаниматология» (с 2004 года) и сертификат специалиста, является членом профессиональной Ассоциации средних медицинских работников с 2005 года. Кроме этого, Светлана Ивановна имеет высшее педагогическое образование по специальности «валеология» и любит в свободное время вышивать крестиком. Сюжеты ее вышитых картин – природа, цветы, животные.

Подготовила Елена Клишина.
Фото из архива героя публикации

Пожилой – не значит немощный. Многие уверены, что повышенная слабость, усталость и потеря аппетита – норма для людей, перешагнувших 60-летний рубеж. Эксперты же уверены, что даже в золотом возрасте можно вести полноценную жизнь. Если вовремя обратиться за помощью, старческая астения не коснется пожилых людей. Как помогают в Алтайском крае избежать неприятных проявлений старения – узнаем у начальника Краевого госпиталя для ветеранов войн Алтайского края, внештатного гериатра регионального Минздрава Ольги Зубовой.



Лечение - по плану

– **Ольга Александровна, какими заболеваниями чаще всего страдают пожилые пациенты?**

– У людей пожилого и старческого возраста самые распространенные – сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет II типа, болезнь Альцгеймера, хроническая болезнь почек, патологии суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологические заболевания. Как правило, в

Не дать угаснуть



таком возрасте имеется несколько болезней сразу. Кроме того, проявляется непосредственно сам процесс старения, так называемые гериатрические синдромы. Всего их более 60. Самые распространенные – ухудшение памяти и уменьшение мышечной массы.

Врач-гериатр лечит любые возрастные заболевания. Но, подчеркну, он не просто лечит болезнь, а решает целый комплекс проблем, связанных с возрастными изменениями. Каждому пациенту необходим индивидуальный подход и, соответственно, план действий. Нельзя лечить все болезни одновременно.

– **Старческую астению считают главным симптомом гериатрического синдрома. Что она собой представляет?**

– Все верно, это ключевой гериатрический синдром (ГС). Он характеризуется возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма. Пациенты пожилого возраста могут очень отличаться друг от друга. Есть крепкие, которые себя обслуживают, работают, ведут активную общественную жизнь, у них много интересов. И есть так называемые «хрупкие», требующие постоянной помощи. Подходы к ним будут, соответственно, разными.

На заметку

Факты о старческой астении

➤ Концепция старческой астении появилась в начале 2000-х годов. В ее основу легло понимание неоднородности популяции людей пожилого и старческого возраста и того, что не только возраст и/или наличие хронических заболеваний определяют прогноз для жизни и здоровья пациента пожилого возраста, но и выбор оптимальной тактики его ведения.

➤ **Классическая модель СА подразумевает 5 критериев:**

- непреднамеренная потеря веса
- слабость при рукопожатии
- повышенная утомляемость
- снижение скорости ходьбы
- низкий уровень физической активности.

На первый взгляд, это неспецифические показатели, которые могут присутствовать при любом заболевании. Но все это можно определить как угасание функций организма пожилого человека.

➤ К факторам риска развития СА помимо возраста относятся: низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессия, полипрагмазия (одновременный прием множества лекарств), социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования).

Развитие старческой астении (СА) сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышается риск развития неблагоприятных исходов.

Старческая астения развивается постепенно. Однако снижение уровня

Продолжение на стр. 16-17 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

функциональной активности у пациента с СА может произойти достаточно быстро. В стрессовой ситуации (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.) у таких пациентов высока вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи. Выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА, и нередко функциональная активность не возвращается к исходному уровню.

Отмечу, автономность – независимость от посторонней помощи – основной критерий качества жизни пожилого человека. Очень важно определить главный синдром, который ведет к потере автономности, и устранить его.

Связанные одной цепью

– **Ольга Александровна, все ли пожилые люди страдают астенией? Возможно ли ее предотвратить или замедлить?**

– Нет, она не является неотъемлемой частью процесса старения. Это неблагоприятный вариант его развития. Старение считается результатом накопления молекулярных и клеточ-

ных повреждений, при котором происходит постепенное снижение физиологического резерва организма. Этот процесс значительно ускоряется при развитии СА. В результате значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов. В их роли может выступить, например, острое заболевание или травма, смена схемы лечения или оперативное вмешательство.

Старческая астения – обратимый процесс, который можно замедлить! Мы можем восстановить функциональность, причем существенно. На правильное лечение пациенты реагируют быстро. Подчеркну, для лечения пожилых людей с различными состояниями (есть астения или нет, крепкие или хрупкие) необходима разная тактика.

Старческая астения – обратимый процесс, который можно замедлить!

– **Как старческая астения связана с другими гериатрическими синдромами?**

– Если говорить в целом, гериатрический синдром – это многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, которое ухудшает качество жизни. В отличие от традиционного клинического синдрома ГС не является проявлением патологии одного органа. Он отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других. СА тесно связана с другими синдромами и с полиморбидностью (сочетание нескольких заболеваний различных органов и систем). Она потенциально обратима и влияет на тактику ведения пациента.

Возраст - не помеха

– **Как и где диагностируют старческую астению?**

– Диагностика состоит из двух этапов. Скрининг старческой астении выполняет любой медицинский работник, контактирующий с пациентом 60 лет и старше. В первую очередь это врач общей практики, терапевт-участковый, семейный врач. Второй

Цифры и факты

По данным исследований, распространенность СА среди проживающих дома людей **65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%.**

Она увеличивается с возрастом, достигая среди лиц **85 лет и старше 26,1%.**

В домах престарелых этот показатель достигает **52,3%.**

СА чаще диагностируют у женщин, чем у мужчин.

этап – комплексная гериатрическая оценка. Ее производит врач-гериатр, медицинская сестра, а также другие участники мультидисциплинарной команды.

Пациенты с синдромом СА могут предъявлять жалобы на повышенную утомляемость, снижение активности, нарастание затруднений при ходьбе, изменение походки. Зачастую сами пожилые (особенно пациенты с когнитивными нарушениями или с депрессией) редко жалуются на какие-либо отклонения, считая слабость и медлительность закономерными проявлениями старения. За помощью к врачу чаще обращаются их родственники.

– **Каков алгоритм действий после диагностики?**

– По заключению врача-гериатра составляется индивидуальный план ведения. Он включает рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, а также необходимости адаптивных технологий, социальной поддержки технологий. Кроме того, могут быть даны рекомендации для тех, кто ухаживает за ослабленным пациентом.

Основные задачи гериатра – назначить лекарственные препараты, позволяющие бороться с возраст-ассоциированными заболеваниями и

Справка

В регионе работает проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» госпрограммы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае». Он носит межведомственный характер и направлен на создание к 2024 году условий для активного долголетия (увеличение в регионе ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, а продолжительности жизни – до 78 лет), качественной жизни пожилых, мотивации к ведению здорового образа жизни.

гериатрическими синдромами, поддержать или улучшить функциональный статус пациента с сохранением максимально возможной его независимости от помощи посторонних лиц. Врач может оптимизировать лекарственную терапию, а именно количество принимаемых пациентом медикаментов (борьба с полипрагмазией). В этих целях специалист использует депрескрийбинг – процесс, обратный назначению лекарств. Он подразумевает плановую и продуманную отмену препарата с постепенным снижением его дозы для уменьшения риска развития нежелательных лекарственных реакций.

– **Какую помощь получают пожилые люди в Алтайском крае?**

– В последние годы гериатрическая служба нашего региона активно развивается. Сегодня стационарную медицинскую помощь по профилю «гериатрия» в крае получают на 200 койках круглосуточного пребывания.

Консультативный прием организован в 14 гериатрических кабинетах.

А с ноября 2019 года начал функционировать гериатрический центр на базе Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн. В его задачи входит: оказание организационно-методической помощи медицинским организациям и медицинским работникам по профилю «гериатрия»; проведе-

На заметку

В России разработан и валидизирован опросник «Возраст не помеха». С его помощью проводят скрининг синдрома СА у пациентов 60 лет и старше.

➤ Тех, кто набрал в результате анкетирования **5 баллов и более**, рекомендуют направлять в гериатрический кабинет для выполнения комплексной оценки и разработки индивидуального плана ведения.

➤ Пациентов с результатом **3–4 балла** направляют в гериатрический кабинет для выполнения краткой батареи тестов физического функционирования и/или динамометрии и теста Мини-Ког, чтобы уточнить гериатрический статус и определить показания для выполнения комплексной оценки.

➤ При выявлении гериатрических синдромов (нарушения зрения и/или слуха, недержание мочи и т. д.) у пациента с результатом **1–2 балла** врачу, который наблюдает пациента, рекомендовано разработать план диагностических мероприятий и провести коррекцию выявленных синдромов для профилактики развития синдрома СА.

При необходимости пациента направляют на консультации к врачам-специалистам (офтальмологу, сурдологу, неврологу, ортопеду, урологу, гинекологу и т. д.).

Пациентам с высоковероятной СА рекомендуют выполнение комплексной гериатрической оценки. Это междисциплинарный диагностический процесс. Его результатом является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, а также создание координированного плана лечения и долговременного наблюдения.

ние профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, сохранению качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

Ирина Савина

Новости

Право на льготную пенсию

Для медицинских работников, оказывающих помощь больным с новой коронавирусной инфекцией, постановлением Правительства России установлен особый порядок исчисления периодов работы с 1 января по 30 сентября 2020 года. Им время работы в период пандемии будет засчитываться в стаж в двойном размере, рассказали в Отделении Пенсионного фонда России по Алтайскому краю.

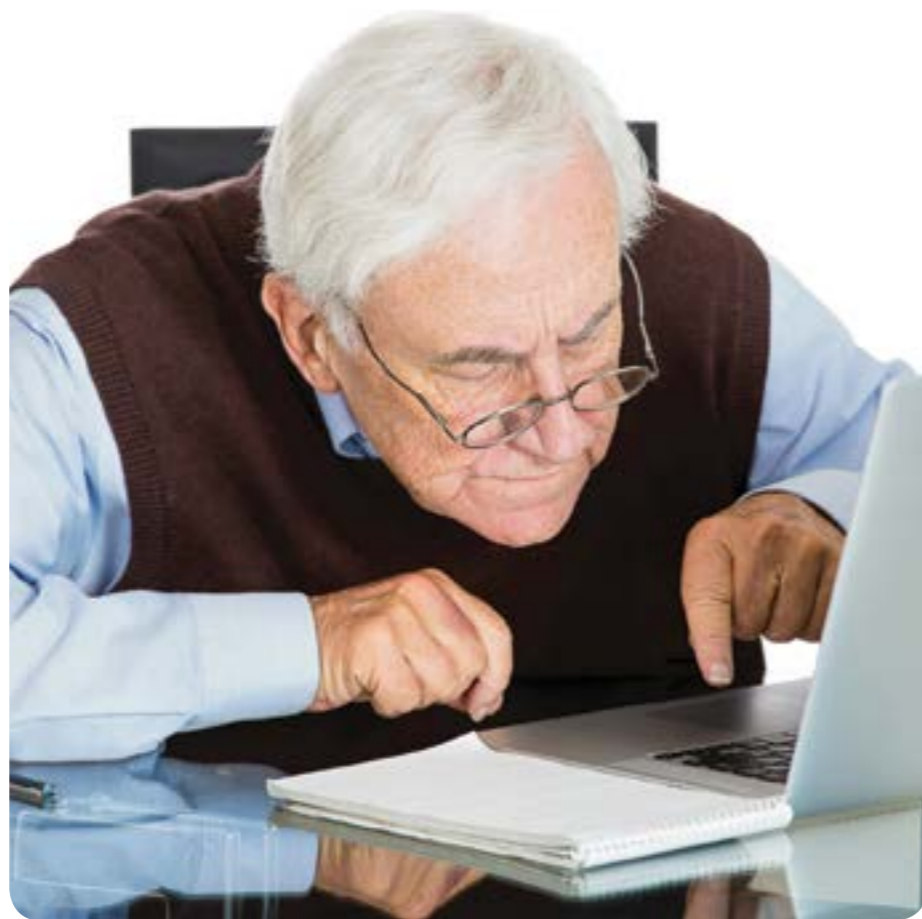
Под это постановление подпадают три категории сотрудников. В двойном объеме будет рассчитываться пенсионный стаж не только врачей, но и медработников, оказывающих скорую, в том числе специализированную, медицинскую помощь пациентам с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии. Речь идет и об отборе биологического материала пациентов для лабораторного исследования на наличие нового коронавируса, а также об осуществлении медицинской эвакуации пациентов с подозрением на COVID-19.

В двойном объеме будет рассчитываться и стаж медработников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с установленным диагнозом COVID-19 в амбулаторных условиях (в том числе на дому), первичную медико-санитарную помощь больным с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии, а также осуществляющих отбор биоматериала пациентов для дальнейшего исследования на наличие нового коронавируса, осуществляющих транспортировку пациентов в поликлиники, оборудованные под КТ-центры, и иные медорганизации для проведения исследования на наличие внебольничной пневмонии.

Подробности на сайте zdravalt.ru

Сохранить память

Возможно ли так, что здоровый на первый взгляд человек вдруг начинает забывать слова, становится раздражительным и старается избегать контактов с людьми, поездок в новые места? Все это – первые звоночки серьезного заболевания, которое навсегда может изменить жизнь. Сегодня в мире насчитывается более 40 миллионов людей, страдающих болезнью Альцгеймера. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2050 году это число может увеличиться вчетверо. Что представляет собой болезнь Альцгеймера и можно ли остановить ее развитие – расскажет ведущая методико-реабилитационным отделением Алтайской клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Евгения Аносова.



Не допустить распада

– В настоящее время, согласно современной классификации болезней МКБ-10, болезнью Альцгеймера (БА) считают группу деменций (слабоумия), для которых характерно первичная нейродегенерация (первоначальное поражение головного мозга) позднего возраста. В головном мозге откладываются амилоидные бляшки, которым предшествуют нейрофибрилярные изменения. Все это в свою очередь нарушает работу нейронов – клеток головного мозга, а затем разрушает их. Средний возраст к началу заболевания составляет 54–56 лет. Развивается оно постепенно. Так, начальная стадия может длиться от 2 до 15 лет, – говорит Евгения Аносова.

Основными характеристиками заболевания специалист называет постепенное малозаметное начало в пресенильном (до 65 лет) и старческом возрасте (свыше 65 лет) и

неуклонное прогрессирование расстройства памяти и высших корковых функций (речь, праксис – способность выполнять целенаправленные действия, гнозис – узнавание, благодаря которому человек ориентируется в пространстве, мышление). Нередко патология развивается вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом. Чаще всего ее сопровождает комплекс нейропатологических признаков.

Диагноз БА в стадии инициации, «мягкой» деменции может выставить любой врач. В том числе невролог в поликлинике по месту жительства. Врачей-психиатров, как правило, привлекают в случае умеренной или тяжелой деменции. А также при появлении выраженных психических нарушений – делирий, бред, депрессия, тревога, галлюцинации, поведенческие нарушения (агрессия и т. п.) – при любой стадии заболевания.

– Евгения Владимировна, на основании чего специалисты ставят диагноз?

– Кроме клинического наблюдения, диагноз позволяют поставить: нейропсихологическое исследование; методы нейровизуализации (КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография, ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография, ОФЭКТ – однофотонная эмиссионная компьютерная томография, функциональная МРТ, магнитно-резонансная спектроскопия); нейрофизиологические исследования (ЭЭГ – электроэнцефалография, картирование ЭЭГ).

Депрессия – путь к деменции

– Есть ли у заболевания яркие симптомы, позволяющие заподозрить его на ранней стадии?

– Основной синдром – амнестический, то есть нарушения памяти. Сначала у человека появляется легкая забывчивость, неполное воспроизведение событий недавнего прошлого, легкие трудности в пространственной ориентировке, в определении временных взаимоотношений, ошибки при выполнении операции «сходство–различия». Может отмечаться незначительное ухудшение в социальной и профессиональной деятельности при сохранении повседневной активности.

Уже в начале болезни возможны нарушения речи, праксиса (исполнительской деятельности). Также возникает заострение (усиление) личностных черт – в зависимости от исходных данных. По мере прогрессирования заболевания усиливается нарушение памяти и корковых функций.

– Что может послужить пусковым механизмом для БА?

– Любой дополнительный фактор риска. Во-первых, генетический – открыто более 20 генов, которые ответственны за передачу наследственных факторов БА. Во-вторых, возрастной – чем старше человек, тем больше вероятность заболевания. Если же оно возникает в раннем возрасте, то чаще всего связано с наследственностью



и наличием факторов риска. Сегодня специалисты много говорят о связи нелеченной депрессии и ранней деменции.

К факторам риска также относят низкий уровень образования. В числе провоцирующих моментов – депрессия в прошлом или настоящем, тяжелые травмы головы, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, низкая физическая активность. Курение увеличивает риск развития заболевания в 2–4 раза. Злоупотребление алкоголем, равно как и полное его исключение, также способствует развитию заболевания. Кроме того, по статистике, женщины страдают БА чаще.

Убрать пробелы

– Можно ли каким-то образом предотвратить развитие заболевания?

– Методы профилактики вытекают из факторов риска. Не дожидаясь первых звоночков, нужно заниматься физической активностью, нейрокогнитивными тренировками, следить за артериальным давлением, контролировать гормоны щитовидной железы, а также уровень сахара в крови. Важно исключить курение, вовремя лечить депрессию. Получение дополнительного образования в любом возрасте – отличный способ активизации головного мозга.

Кроме того, необходимо рациональное питание. Один из лучших вариантов – средиземноморская диета. Известно, что продукты растительного происхождения снижают риск болезни Альцгеймера, а продукты с содержанием животных жиров, наоборот,

повышают. Исключение составляют жирные сорта рыбы. В них в большом количестве содержатся жирные кислоты омега-3, которые нужно включать в свой рацион еженедельно, чтобы снизить риск заболевания.

– Какие разработаны методы лечения? Способны ли они помочь избавиться от заболевания или направлены на улучшение качества жизни?

– При инициальной стадии и «мягкой» деменции прогноз более благоприятный. При умеренной и тяжелой стадии – менее. Все усилия направлены на улучшение качества жизни. Длительность заболевания в среднем составляет 8–10 лет. По данным ряда источников, от 2 до 20 лет.

Очень важно, после того как проявилось расстройство памяти, обратиться к врачу-неврологу. Специалист должен уточнить диагноз и вовремя назначить лечение. Дело в том, что дальнейшее развитие болезни влечет за собой расстройство долговременной памяти. Человек начинает испытывать трудности в обычной жизни, не может справиться с простыми бытовыми делами, нуждается в постоянной посторонней помощи. Реанимировать клетки мозга, которые уже дегенерировали, невозможно. Можно лишь восстановить некоторые нарушенные функции мозга. Для этого необходимо четко следовать рекомендациям врача, придерживаться диеты, регулярно заниматься спортом и интеллектуальным трудом.

Как правило, врач назначает медикаментозную терапию. При необходимости проводят лечение психических и поведенческих нарушений. Нейрокогнитивные тренинги у психолога проходят не только пациенты, но и их родственники. Специалисты помогают всем членам семьи адаптироваться к новым правилам жизни.

Реанимировать клетки мозга, которые уже дегенерировали, невозможно. Можно лишь восстановить некоторые нарушенные функции мозга

Ирина Савина

«Домашний» алкоголь пополняет ряды зависимых

11 сентября отмечается в России как День трезвости.

Это еще один повод поговорить о проблемах употребления алкоголя в Алтайском крае с главным врачом Алтайского краевого наркологического диспансера Андреем Ивановым.



Самоизоляция «на сухую»

– Андрей Анатольевич, как самоизоляция и все ограничения сказались на состоянии здоровья граждан? Не стали ли люди пить больше, когда некуда пойти и негде культурно провести время?

– За первые шесть месяцев 2020 года стационарное лечение прошли 2889 человек, злоупотребляющих алкоголем (за аналогичный период прошлого года – 2643 человека, или на 8,5% меньше).

– А какова в целом ситуация с употреблением алкоголя и алкоголизмом в крае – много ли зависимых?

– В последнее время в стране уделяется большое внимание проблеме алкоголизма. Алкоголь является фактором риска различных заболеваний, оказывает негативное влияние

на демографическую обстановку. На протяжении пяти лет в рамках федерального проекта «Трезвая Россия» ежегодно проводят экспертно-аналитическое исследование антиалкогольной работы каждого из 85 субъектов Российской Федерации. Итогом исследования стал «Национальный рейтинг трезвости субъектов РФ – 2019», в котором Алтайский край занимает 35-е место.

Как и в большинстве субъектов, в крае наркологическая ситуация, связанная с употреблением алкоголя, несмотря на тенденцию к стабилизации, остается неблагоприятной и представляет серьезную опасность здоровью населения. В структуре наркологических расстройств у населения в крае преобладают алкогольные расстройства. В 2019 году в крае наркологической службой было заре-

гистрировано 31 782 лица, злоупотребляющих алкоголем, – это примерно 1,4% населения края.

В том числе лиц с алкогольной зависимостью (хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами) в крае в 2019 году насчитывалось 26 995 человек (или 1157,19 чел. на 100 тыс. населения). В 2018 году их было больше – 27 639 человек (или 1176,09 чел. на 100 тыс. населения).

Показатель заболеваемости алкоголизмом (включая алкогольные психозы) по итогам 2019 года снизился по сравнению с уровнем 2018 года на 1,6%. При этом, к сожалению, он остается выше показателя по РФ на 23,5% (в 2018 году он составлял 937,05 чел. на 100 тысяч населения). Наибольшая заболеваемость алкоголизмом (включая алкогольные психозы) регистрируется среди

Цифры и факты

5983 больных с алкогольной зависимостью было пролечено в 2019 году в наркологических учреждениях края.

В государственных наркологических диспансерах и наркологических кабинетах проведено **32 843** освидетельствования на состояние опьянения, при этом выявлено **25 295** положительных результатов алкогольного опьянения.

По направлению правоохранительных органов проведено **3043** медицинских освидетельствования, положительных результатов алкогольного опьянения выявлено – **1445**.

Кто чаще страдает от алкоголизма?



них условиях. Но ошибочно полагать, что без специальных знаний можно произвести качественный безопасный напиток. Например, из фруктового сырья в домашних условиях можно получить фракцию смертельно опасного метилового спирта. Также нельзя употреблять домашний самогон, содержащий наиболее ядовитое скопление сивушных масел. Если говорить о статистике, то, конечно же, любители самогона пополняют ряды граждан, злоупотребляющих алкоголем.

– А как Вы относитесь к выражению «культура питания»?

– «Культура питания» – это умение населения употреблять спиртные напитки без нанесения ущерба своему здоровью, социальному и материальному статусу. Моя позиция как врача – психиатра-нарколога – это миф. Если человек не пробовал алкоголь, то лучше не начинать. Вред от употребления алкоголя многократно перевешивает пользу. Каждый организм индивидуален, и невозможно определить какие-либо универсальные правила приема алкоголя.

– Насколько влияют на склонность человека к употреблению алкоголя его окружение, социальная среда, жизненные трудности? Почему один человек будет «нырять в бутылку» и при мелких неурядицах, а другой не подвержен такому соблазну, даже если ему приходится очень трудно?

пациентов в возрасте от 40 до 59 лет – 53,5%. Особую тревогу вызывает распространенность употребления алкогольных напитков среди подростков. Молодой организм быстро привыкает к алкоголю. К сожалению, в настоящее время возраст начала употребления алкоголя снизился с 16–17 лет до 13–14 лет.

Наследственность – приговор?

– Сейчас мы можем видеть и слышать много рекламы оборудования для самогонварения. При этом среди населения давно бытует мнение, что «домашний» алкоголь – всегда качественный, им невозможно отравиться и т. д.

– Да, в последнее время особую популярность приобрело изготовление алкогольных напитков в домаш-

– Почему некоторые люди подвержены этому пороку, а другие нет, до конца не выявлено. Но действительно, нужно отметить, что одних людей закаляют жизненные трудности, а другие ищут оправдание своим поступкам во внешних обстоятельствах или окружении. Очень многое зависит от характера человека, его защитных механизмов.

При этом доказана генетическая предрасположенность к возникновению алкозависимости. У родителей, злоупотребляющих алкоголем, дети подвержены развитию алкоголизма в четыре раза чаще. Дети наследуют от матери и отца практически все свои черты. Это касается не только внешности, телосложения и даже характера, но и особенностей протекания внутренних процессов в организме.

Если бы наследственность все определяла, то воспитание утратило бы всякий смысл. К счастью, это не так. Известны случаи, когда дети страдающих алкоголизмом родителей попадали в нормальную среду и в будущем категорически отказывались от спиртного. Именно по этой причине не нужно бояться так называемой плохой наследственности.

Привычки ребенка во многом определяются внешними факторами и обстановкой, в которой он будет ра-

Продолжение на стр. 22 >>

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

сти и воспитываться. Роль родителей – сформировать у ребенка собственное мнение, чтобы он был готов отказаться от предложенного спиртного, если сам не хочет пить. Помочь в этом могут и дополнительные занятия, спортивные секции, другие увлечения. В таком случае риск зависимости от алкоголя существенно снижается. Хромосомный набор сам по себе не будет опасен, если мать и отец создадут для ребенка такую обстановку, в которой ему не захочется даже думать о чрезмерном употреблении спиртного. Необходимо выстраивать с подрастающим ребенком доверительные отношения. Он не должен бояться высказывать родителям свое мнение или делиться сложностями, возникающими на его жизненном пути. И конечно же, родители сами должны стать примером трезвой, здоровой, нормальной жизни.

– **Кодировки, «подшивания» полезны или бесполезны? Какие методы наиболее эффективны в борьбе с алкогольной зависимостью? Как Вы относитесь к трудотерапии как к методу лечения?**

– Для достижения стойкой ремиссии необходимо устранить причину зависимости. Это могут быть биологические, психологические, социальные факторы. Успех от лечения зависит от желания пациента, его мотивации к ведению здорового, трезвого образа жизни. Лечение обязательно должно быть комплексным, сочетать и медицинские, и психотерапевтические методы, элементы и так называемой трудотерапии, а подход к лечению должен быть строго индивидуальным.

– **На Ваш взгляд, какие социальные меры помогли бы сдерживать распространение алкогольной зависимости?**

– Благодаря законодательным мерам, направленным на сокращение потребления алкоголя в Алтайском крае, и активно проводимым межведомственным профилактическим мероприятиям антиалкогольной направленности отмечается положительная тенденция в значениях некоторых показателей.

Беседовала Елена Клишина

Школа выживания



Говоря о первой помощи, чаще всего подразумевают действия медицинских работников. Но что делать, если человек оказался в ситуации, где на кону стоит безопасность или здоровье другого человека, а спасатели – еще в пути? Специалисты придерживаются мнения, что каждый должен знать, как оказать первую экстренную помощь до приезда медиков. Что она собой представляет и как не навредить, спасая жизнь, – расскажет врач-методист «Краевого центра медпрофилактики "Центр общественного здоровья"» Игорь Березов.

Помощь по зову сердца

– Первая помощь не подразумевает глубоких медицинских знаний. Это помощь без спецоборудования и медикаментов. В рабочем арсенале – только собственные руки. Задача непрофессиональных спа-

сателей – вызвать неотложку и помочь до ее приезда. Если на месте происшествия оказался один человек – он сначала делает звонок и только потом приступает к оказанию помощи! Безусловно, первая помощь – не обязанность, но право каждого жителя нашей страны. При

условии, что у него имеются определенные навыки, – говорит врач. – Есть граждане, которые по долгу своей службы обязаны уметь оказывать первую помощь пострадавшим. Это сотрудники органов внутренних дел, пожарной охраны, войск национальной гвардии, военнослужащие, спасатели и представители ряда других профессий. Они проходят специальные курсы по оказанию первой помощи. Водители автомобилей также должны уметь оказать первую помощь при ДТП. Кроме того, сегодня говорят о необходимости обучения педагогов и воспитателей, поскольку они работают с организованными коллективами, причем детскими. Очень важно, чтобы они могли оказать элементарную помощь при головокружениях, носовых кровотечениях, ушибах.

Игорь Березов:

– **Нередко люди теряются в непредвиденных ситуациях и принимают неправильные, несвоевременные решения. Мы обучаем элементарным навыкам оказания неотложной доврачебной помощи, чтобы, пользуясь алгоритмом, они смогли помочь пострадавшим.**

Без колебаний

Базовый алгоритм оказания первой медицинской помощи зафиксирован в приказе Минздрава России № 477. Он регламентирует те состояния, при которых пострадавшему необходимо оказать помощь. Всего их – восемь: отсутствие сознания, остановка дыхания и кровообращения, наружные кровотечения, инородные тела в верхних дыхательных путях, травмы различных областей тела, ожоги, обморожение, а также отравления.

– Самый тяжелый случай – когда человек без сознания и не дышит! Колебаться при этом некогда. Навредить ему практически невозможно, но можно попробовать спасти. Если



нажатий в 1 минуту - в таком ритме делают непрямой массаж сердца

человеку угрожает опасность, то любые действия принесут скорее пользу, чем вред, – продолжает врач. – Необходимо применить базовый прием сердечно-легочной реанимации (СРЛ) – непрямой массаж сердца. Он поддерживает циркуляцию крови, когда сердце не бьется. Если СРЛ начата немедленно и скорая помощь прибыла быстро, есть возможность снова запустить сердце пострадавшего. Как правило, СРЛ продлевает период, в течение которого возможна успешная реанимация.

«Если нет сознания и невозможно определить пульс и внешнее дыхание, не тратьте на это время – приступайте к реанимации. Дорога каждая секунда. По статистике, если начать оказывать помощь в первые секунды, в 50% случаев нас ждет успех. Если с момента происшествия прошло 2–3 минуты, процент благополучного исхода невелик, – говорит Игорь Березов. – Кстати, по современным канонам оказания скорой помощи отходят от искусственной вентиляции легких. Большинство людей не владеют правильной методикой. В результате действия оказываются неэффективными, а время упущено. Дело в том, что в первые минуты после травмы сатурация (содержание кислорода в крови) достаточно высокая. Наша главная задача – обеспечить гемодинамику: прогнать кровь по организму. Даже в условиях гипоксии человек может выжить, а отвлекаясь на искусственное дыхание, мы теряем драгоценное время и силы.

Помимо сердечно-легочной реанимации в числе базовых приемов

неотложной помощи – умение правильно наложить жгут или же шину для иммобилизации конечностей, навыки извлечения инородных тел из верхних дыхательных путей, а также навыки оказания помощи при травмах, ушибах, переломах, вывихах, отравлениях, обморожениях и ожогах.

Алгоритм оказания первой помощи

Шаг первый. Вызвать скорую помощь.

Шаг второй. Обеспечить безопасность себя и пострадавшего. Например, если человек поражен электрошоком – осмотритесь и проверьте, что опасность не угрожает вам. После этого сухой палкой снимите с него провод и за одежду оттяните в безопасное место. Если произошло ДТП и человек лежит на проезжей части – обеспечьте объезд места происшествия. Если уверены, что позвоночник не травмирован, уберите человека с дороги.

Шаг третий – контролировать наличие пульса и дыхания. При отсутствии сознания, но при наличии пульса укладываем человека в позицию «рекавери» – боковое устойчивое положение. В случае рвоты или кровотечения это защитит его от попадания жидкостей в дыхательные пути. При отсутствии сознания и пульса – немедленно приступаем к реанимации.

Используем метод «вижу-слышу-ощущаю». Наклоняемся к пострадавшему и в течение 10 секунд наблюдаем за экскурсией (движением вверх-вниз) грудной клетки, пытаемся ощутить дыхание щекой и услышать ухом. Но этот метод применим только в закрытых помещениях – на улице много посторонних шумов.

Если человек в сознании, способен отвечать на вопросы и при этом, например, зажат в какой-либо конструкции, не нужно его трогать. Только в случае угрозы возгорания, опрокидывания в пропасть, замерзания можно попытаться аккуратно извлечь человека. В остальных случаях лучше дожидаться спасателей!

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

Внимание! Убедитесь, что у пострадавшего нет травмы позвоночника, в частности шейного отдела. Это можно сделать, оценив положение головы (при повреждении она может быть неестественно запрокинута). Истечение крови из ушей, носа, рта, а также «симптом очков» – синюшность вокруг глаз свидетельствуют о возможном переломе основания черепа или же ином серьезном повреждении.

Кровь вокруг головы говорит о травме волосистой части, возможном сотрясении или же ушибе головного мозга. В таких случаях нельзя трогать голову, крутить ее! Самым правильным будет – обездвижить человека. Из подручных средств создаем импровизированную шину – подобие воротника Шанца. Например, можно сделать валик из полотенца, поместив в его центр газету или лист бумаги, сложенный в несколько раз. Такая простая шина поможет зафиксировать шею и голову до приезда спасателей.

Если несчастный случай произошел на воде (например, при зануривании человек ударился головой), можно в обычные пакеты насыпать песок и положить их по обе стороны головы для фиксации.

Осторожно – ожоги!

При термическом поражении кожи эксперт рекомендует воздержаться от использования так называемых народных методов – использования соды и масла. «Тепловая энергия проникает в ткани, и, если закрыть поры – теплоотдачи не будет, может возникнуть перегрев и отмирание тканей. Пораженное место нужно подставить под проточную холодную воду на 20 минут. Если есть возможность, можно обложить место ожога льдом, но только через чистую ткань, чтобы не травмировать дополнительно, – отмечает врач. – При ожоге первой степени возникает болевой синдром и гиперемия. Вода охлаждает и помогает боли уйти. При ожогах второй степени появляются пузыри. В таких случаях нельзя туго бинтовать пораженное место. Лучший вариант – обложить его стерильными салфетками, сделать из них повязку,

ими же можно проводить обработку ожога с помощью хлоргексидина. Ни в коем случае нельзя вскрывать пузыри, чтобы избежать возникновения вторичной инфекции и потери жидкости. Позже, когда они спадут, место ожога можно обработать пантенолом. Если же площадь поражения большая – нужно обратиться в ожоговый центр».

Сердечная тревога

Экстренная помощь может потребоваться не только при травматизации. В повседневной жизни никто не застрахован от всевозможных ситуаций, требующих быстрого реагирования. Сердечно-сосудистые катастрофы сегодня – основная причина наступления смерти, поэтому крайне важно вовремя заметить признаки начинающегося инфаркта или инсульта и начать действовать.

– Зачастую, видя на улице лежащего человека, люди проходят мимо не потому, что проявляют равнодушие, а потому, что не знают – что нужно делать, – отмечает Игорь Березов.

Главным признаком инфаркта миокарда врач называет давящую, сжимающую, жгущую боль за грудиной. Она способна иррадиировать (отдавать) в руки и надплечья. Также на инфаркт указывает бледность кожных покровов, чувство нехватки воздуха. «При обнаружении таких симптомов в ближайшие пять минут нужно вызывать скорую помощь. Не надо думать, что посидим-подышим – и все пройдет. Особенно когда в анамнезе – гипертония или ишемическая болезнь сердца, – подчеркивает врач. – В этом состоянии нельзя вставать, садиться, курить, пить жидкости и принимать пищу. При начинающемся инфаркте еще до приезда скорой важно немедленно начать медикаментозную терапию. Если у человека высокое давление и он ранее принимал препараты, снижающие его, нужно их дать. Это справедливо и в отношении статинов. Обязательно нужно принять таблетку аспирина и 0,5 мг нитроглицерина (если не помогает – через 5 минут повторить дозировку, но не более трех раз). Если больной после первого приема нитроглицерина почувствовал слабость, головокружение,

Справка

В Барнауле оказывать первую помощь учат в ряде медицинских организаций. В конце прошлого года «Краевой центр медпрофилактики “Центр общественного здоровья”» получил лицензию на ведение образовательной деятельности. С тех пор его специалисты обучают навыкам оказания неотложной помощи всех желающих – как частных лиц, так и организованные коллективы. После прохождения курса проводят тестирование, по результатам которого выдают сертификат государственного образца.

резко упало давление – препарат больше не давать. Повторю: вызов бригады скорой помощи – обязателен!»

Помощь при инсульте – аналогичная, за исключением ограничения медикаментов. Нитроглицерин в подобных случаях давать нельзя – давление упадет и человеку станет еще хуже. Если же показатели давления высокие – снижать. Нужно помочь занять больному удобное положение, меньше его шевелить и, конечно же, вызвать скорую помощь. Правило золотого часа гласит: если в течение часа вызвали скорую и больного забрали в реанимацию – есть вероятность, что он сможет полностью восстановиться.

Врачи рекомендуют ориентироваться на диагностику УДАР, которая расшифровывается – «улыбка, движение, артикуляция, решение». «Просим человека совершить простые тестовые движения, например поднять руки, и смотрим – происходит ли отставание конечностей с пораженной стороны. При улыбке один угол губ отстает, и она будет кривая, – говорит Игорь Березов. – Также для инсульта характерна головная боль, мелькание мушек перед глазами, несвязная речь, нарушение артикуляции. В таком состоянии у человека возникает испуг, поэтому очень важно поддерживать с ним вербальный контакт, успокаивать его. Он все воспринимает, но не может дать обратной связи».

Ирина Савина

«Все называли его миротворцем»

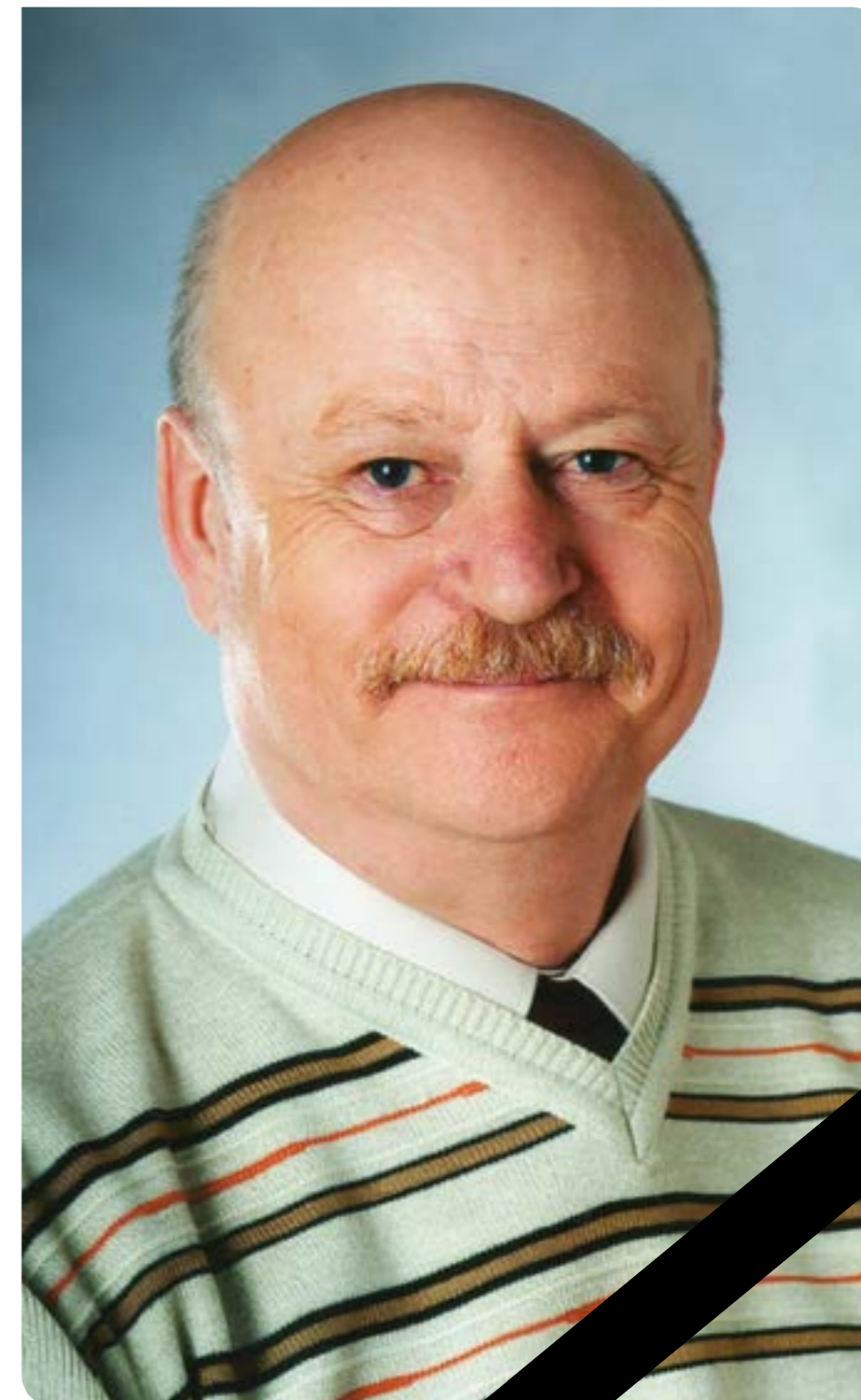
От тяжелой болезни скончался Валерий Иванович Миронов, врач-психотерапевт, много лет проработавший в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю.К. Эрдмана. Коллеги и родные поделились своими воспоминаниями о нем.

Вячеслав Миронов, сын, врач-психотерапевт высшей категории:

– Мой отец родился в 1945 году в Ленинграде. Его мама и моя бабушка была на Алтае в эвакуации. Здесь она познакомилась со своим мужем, моим дедом, но решила вернуться в Ленинград после снятия блокады. И все же дедушка убедил ее вернуться на Алтай. Когда он привез их сюда, мой отец был совсем маленьким. Бабушка и дедушка не были связаны с медициной, они работали на «Трансмаше».

После окончания школы мой отец тоже какое-то время работал на заводе – по каким причинам, он не рассказывал. Из его рассказов помню, что во время учебы в медицинском институте он хотел стать хирургом. Но потом кто-то в институте демонстрировал гипноз, его это очень сильно зацепило, и он выбрал психиатрию и психотерапию.

Папа окончил АГМИ в 1969 году. Первое место работы после института – в Камне-на-Оби, видимо, по распределению. Потом он работал в Барнаульском городском психоневрологическом диспансере на ул. Гуляева, затем на ул. Луговой, позже стал



Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение.
Начало на стр. 24–25

главным наркологом и проработал несколько лет главным врачом краевого наркодиспансера и снова вернулся на Луговую. Когда в Барнауле открылась клиника неврозов, сейчас это психотерапевтическое отделение краевой больницы им. Эрдмана, отец стал работать там и остался на долгие годы.

В том, что я стал врачом-психотерапевтом, пример отца сыграл свою роль. Я читал те его книги, которые были дома. Он вел лекции «Легенда и правда о гипнозе» от общества «Знание», ездил с ними по краю и брал меня с собой иногда. Моя мама **Екатерина Родионовна** работала старшей медсестрой в психиатрической больнице. Они познакомились с отцом на работе, и мое детство фактически прошло в диспансере. Выбор профессии был определен с раннего детства.

Сразу после окончания медицинского института я начал работать вместе с отцом в одном учреждении. Если он и передавал свой опыт, то делал это ненавязчиво. Он стимулировал интерес к психотерапии в целом, создавал возможности для того, чтобы я увидел разные модальности психотерапии. При этом отец не имел каких-либо карьерных или научных амбиций. Его самого интересовала в большей мере работа с пациентами. Он не стремился писать о работе или учить, как работать. Он просто работал, и в этом была его жизнь.

Мы работали какое-то время вместе. Оба Мироновы, оба психотерапевты, поэтому возникала иногда легкая путаница, если его пациенты приходили ко мне. К этому все относилось с пониманием и юмором. Об отце все пациенты отзывались с благодарностью. Не видел ни одного из них, который бы сказал о нем недоброе слово.

В последнее время отец уделял много времени компьютеру, интернету, осваивал технологии, искал информацию по психотерапии, всегда был пытливым и продвинутым в этом смысле.

В качестве нематериального наследства я получил от своего отца трепетное отношение к работе, уважительное отношение к пациентам, желание разбираться в сложных случаях. По сути, он сделал меня психотерапевтом, но при этом никогда не настаивал на том, чтобы я выбрал именно эту специальность. Он обусловил этот выбор и создал условия для того, чтобы я рос как врач. **Насколько я знаю, он гордился моим выбором.**

А я рад, что продолжается наша династия – моя дочь окончила клиническую ординатуру по психиатрии и первый год работает практикующим врачом-психиатром.

Леонид Ермолаев, бывший главный внештатный врач-психиатр, главный врач краевой психиатрической больницы в 1970–2003 годах:

– Мы знакомы с 1970-х годов. Валерий Иванович вернулся в Барнаул из Камня-на-Оби, где работал психиатром. В 1971–1972 годах мы начали активно сотрудничать, и я как-то сразу почувствовал, что он сам очень психотерапевтичен – создает вокруг себя доброжелательную атмосферу, рабочий настрой, неспешно, но уверенно определенно движется в том направлении, которое считает допустимым и нужным, которое мы с ним обсуждали и принимали.

Он принял активное участие в создании нашего первого центра пограничных состояний – первого в стране. До этого все пациенты лечились в психиатрических больницах, в том числе с легкими расстройствами, которые мы называем пограничными (неврозы, истерии и т. д.) Люди старались избегать встреч с психиатрами,

боялись огласки, того, что их признают психически больными. Мы первыми предложили решение этой проблемы. В частности, я отменил для таких больных диспансерный учет, и Валерий Иванович меня в этом поддержал. Это было примерно в 1975 году.

Мы ввели в том числе отдельное консультативное наблюдение для таких пациентов (без обязательной явки к врачу). Было построено отдельное трехэтажное здание на ул. Луговой, в этом центре больные получали амбулаторную и стационарную помощь. К нам присылали различные комиссии с проверками, и после них нас включили в эксперимент, который проводился в СССР по определению группы людей для консультативного наблюдения. Алтайский край участвовал в нем наряду с Москвой, Ленинградом, Ригой и другими крупными городами.

Примерно в то же время я ходатайствовал о назначении Валерия Ивановича главным внештатным психотерапевтом. Я в то время был главным внештатным психиатром края. Кроме этого, внимания требовала еще и служба наркологической помощи. В 1979 году мы выделили наркологическую службу в отдельный диспансер, и спустя пару лет я попросил Валерия Ивановича его возглавить, чтобы активизировать психотерапевтические подходы в наркологии. Он стал главным врачом наркодиспансера, но скоро понял, что не хочет быть администратором, для него была важнее работа с пациентами, и вернулся к ней.

В 1994 году я создал клинику неврозов. Валерий Иванович принимал в этом непосредственное участие. Цельный год мы ремонтировали здание, в котором ранее лечили тяжелых туберкулезных больных. Было создано 12 участков, на каждом были врач-психотерапевт и психолог. Один из них работал с болезнью, а второй – с личностью. За каждым участком была закреплена какая-либо городская поликлиника или районная больница. То есть была создана сеть, которой раньше не было в стране. Валерий Иванович занимался сложной работой – подбором специалистов. Вместе мы вырабатывали подходы к лечению.

С Валерией работать было очень легко. Даже если ты сам заблуждаешься, он не будет сразу лезть и доказывать. Он выслушает и через день-два подойдет и начнет приводить свои доказательства. Такой вот психотерапевтический подход в административной деятельности был ему присущ. Он сохранял психологический климат в коллективе. Все сотрудники Валерия Ивановича поэтому очень любили.

Я немного завидовал его характеру, сам я мог быть резким. Валерий Иванович знал свою работу, любил ее и буквально до последнего времени проводил сеансы психотерапии.

Елена Пестова, заведующая амбулаторным психотерапевтическим отделением АККПБ им. Ю.К. Эрдмана:

– Впервые я познакомилась с Валерием Ивановичем, работая врачом-психиатром в дневном стационаре № 3 на ул. Луговой, 19. Мы работали в одном отделении, я была молодым специалистом, а Валерий Иванович уже был маститым психотерапевтом. Уже тогда он вел группы, слыл очень хорошим, классным специалистом. Это был очень внимательный, спокойный, умеющий наблюдать, готовый прийти на помощь человек. Прекрасный, высококлассный специалист, пропагандирующий многие психотерапевтические методики. Был интеллигентным, чутким, очень душевным. К нему всегда можно было обратиться, с ним всегда было спокойно находиться в одном коллективе.

В 1994 году в Барнауле **Леонид Матвеевич Ермолаев** создал клинику неврозов. Валерий Иванович был первым, кого он взял в команду как главного единомышленника. У Ермо-

лаева была задача, чтобы в каждом кабинете работали психотерапевт и психолог. Поэтому коллектив они собрали большой – одних только врачей человек пятнадцать и примерно столько же психологов. Валерий Иванович сыграл очень большую роль в становлении этого коллектива.

В 1998 году я перешла работать в клинику неврозов, и мы вновь с ним встретились. Валерий Иванович был начмедом клиники. И снова эта встреча произвела на меня огромное впечатление. Меня встретил очень дружный, творческий коллектив, интересующийся новыми методиками психотерапии, увлеченно занимающийся этими методами, принимающий новые знания. Валерий Иванович всегда был во главе этой дружной команды. Он заряжал, он вел, с удовольствием принимал новые методы, учился сам и учил других. С ним всегда было интересно, он мог поддержать любую беседу, чему-то научить молодых специалистов, охотно делился своими знаниями. Даже в таком творческом коллективе Валерий Иванович всегда этим выделялся.

При этом он возглавлял курсы психотерапии вместе с кафедрой нетрадиционной медицины при АГМУ, которые неоднократно проходили на базе клиники неврозов. На них обучались я, другие специалисты, приходящие в коллектив.

Сам Валерий Иванович больше был увлечен транссовыми методиками психотерапии (гипнотерапия, внушение активное и косвенное, гипносуггестия, аутогенная тренировка). Было разработано несколько направлений под его руководством, его авторские методики, в дальнейшем он их пропагандировал, как и много других психотерапевтических подходов при лечении пациентов с пограничными нейropsихическими расстройствами. Он всегда был впереди, заряжал всех своей энергией, знаниями весь коллектив. Молодые специалисты всегда с удовольствием к нему обращались.

Валерий Иванович разработал авторскую методику аутогенной тренировки при психосоматических расстройствах. Это был его индивидуальный подход, который он успешно

использовал при лечении пациентов. Также он активно записывал диски по заказу санаториев и других учреждений края. И до сих пор, я думаю, звучит его голос там, где нужна релаксация пациентам, где используются транссовые методики.

Он начинал с работы медбратом в диспансере краевой психиатрической больницы в 1967 году – ему было 23 года, он был еще студентом. Валерий Иванович прошел все ступени профессиональной лестницы, с самого ее низа.

Очень многие пациенты отделения шли именно к нему. Норматив для врача-психотерапевта – 259 приемов в месяц, иногда мы с трудом его выполняем. А у него было 600 посещений! Он вел и групповые занятия, на которые был очень большой спрос. Полностью отдавал себя работе, с удовольствием работал с пациентами, они были очень благодарны ему. Конечно, его верность работе и пациентам была отмечена благодарностями, почетными грамотами и наградами разного уровня, в том числе званием «Отличник здравоохранения РФ».

Нам он был первый друг, первый коллега и помощник, у него всегда был порядок в делах, в бумагах. В нашей команде он был основным звеном, на него все равнялись, даже в последние годы, когда ему было уже за 70. Всегда оставался инициативным, творческим, работоспособным, верным коллективу. Его интеллигентность, чуткость, человечность отмечают все. Был совершенно миролюбивым, его так и называли – миротворец. Мы все за него держались, все его любили, и он всех любил. Мы просто осиротели.

Подготовила Елена Клишина

Шагом марш!

В конце сентября Россия в шестой раз присоединится к масштабному мероприятию – Всемирному дню ходьбы. Все желающие могут стать его участниками – достаточно просто выйти на улицу. Почему сегодня ходьбе уделяется столько внимания, есть ли у нее противопоказания и как научиться использовать этот естественный навык для оздоровления организма – узнаете из нашего материала.



Уходим от кризиса

Сегодня кризис физической активности достиг невероятных масштабов. Большая часть жителей не только городов, но и сел проводят будни в сидячем положении. Безусловно, это негативно сказывается не только на состоянии опорно-двигательного аппарата, но и практически на всех системах организма. Специалисты настаивают на том, что в первую очередь нужно избавиться от мысли «мы много ходим». Современный человек двигается очень мало!

Между тем ходьба – самый простой и естественный способ вернуть физическую активность в повседневную жизнь каждого человека. Ее плюсы очевидны – она не предполагает специальной экипировки, дорогостоящих тренажеров и изнурительных тренировок. При этом ходьба совершенно безопасна и наименее травматична из всех видов физической активности. Она идеально подходит для поддержания хорошего не только физического, но и эмоционального состояния. Нужно лишь найти для

этого время. Регулярную и адекватную физическую нагрузку можно создать даже в условиях его дефицита, убеждены эксперты.

«Ходовая тренировка заставляет работать основные мышечные группы верхних и нижних конечностей, обеспечивая полноценное кровообращение. Начинать можно с 15 минут в день. Ежедневные прогулки, ходьба в медленном и среднем темпе по стадиону или пересеченной местности значительно улучшит состояние за короткое время, – говорит спортивный врач, к. м. н. **Елена Бойко**. – Если мешают погода, можно проводить ходовые тренировки на месте или же на беговой дорожке. Но избегайте бега! Ударная нагрузка вредна для всего опорно-двигательного аппарата, а в первую очередь – для позвоночника и коленных суставов. Можно до-

бавлять подъемы на лестницу или в гору. Важно помнить правило – чем подъем выше, тем скорость ниже. При нагрузке ориентируемся на одышку. Как только она возникла – отдыхаем и продолжаем с меньшей нагрузкой. Организм нужно тренировать постепенно, без революций».

Шаг за шагом

Очень важный момент в ходьбе – ее скорость. Она должна быть комфортная. А это значит, что во время движения человек сможет ответить на заданный вопрос. Если он задыхается – обязательно снизить темп ходьбы.

Один из главных показателей адекватности нагрузки – пульс. Для людей, которые регулярно занимаются физкультурой, рабочая формула для вычисления своего максимума при аэробной нагрузке будет: 200 ми-

нус возраст. «Если есть заболевания или заметные возрастные изменения, то лучше использовать формулу «170 минус возраст», – поясняет спортивный врач. – Измерять пульс следует трижды. Перед разминкой фиксируем исходную частоту сердечных сокращений. Можно это сделать при помощи часов с пульсометром, а можно вручную. Для этого кладем три пальца в область лучевой артерии. 10 секунд считаем удары и умножаем на 6. Или же ведем подсчет 15 секунд и умножаем на 4. Второй раз определяем пульс спустя 15–30 минут от начала занятия, когда доходим до пика нагрузки (это тот максимум, который вычисляли по подходящей формуле. От исходного он должен отличаться не более чем на 20 единиц). После прохождения пика постепенно снижаем темп и выполняем заминку, которая включает дыхательные упражнения с акцентом на выдохе и растяжку. Спустя 3 минуты после завершения тренировки снова замеряем пульс. Показатель должен вернуться к исходному».

Если показатель ЧСС не вернулся к исходному или во время тренировки пульс превысил норму, появилась одышка и боли в области сердца, это говорит о том, что нагрузка получена неадекватная. При ухудшении состояния во время тренировки ее нужно прекратить, отмечает эксперт.

Кроме того, врач обращает внимание то, что, если есть зависимость от табака, необходимо сделать разрыв между ходьбой и курением как минимум в полчаса. Иначе не избежать повышенной нагрузки на сердце.

Ходьбе все возрасты покорны

В вертикальном положении тела ничто не препятствует нормальной работе сердца – происходит физиологическая нагрузка. При ходьбе тренируется кардиореспираторная система, активизируется большой круг кровообращения, что благотворно влияет на работу сердечной мышцы, работают крупные группы мышц (особенно если взять в руки палки), укрепляется передняя брюшная стенка, улучшает кровоснабжение и осанка.

На заметку

10 причин полюбить ходьбу

- **Ходьба укрепляет сердце и улучшает циркуляцию крови.** Ученые подтвердили, что мужчины и женщины 65 лет и старше, ходившие минимум 4 часа в неделю, были меньше подвержены риску сердечно-сосудистых болезней.
- **Ходьба способствует похудению и снижает риск развития диабета.**
- **Ходьба регулирует кровяное давление.** Японские ученые провели эксперимент, в котором 83 пациента в течение 12 недель совершали 10 000 шагов каждый день. К окончанию периода у них наблюдалось значительное снижение кровяного давления, а также улучшение выносливости.
- **Ходьба укрепляет кости и мышцы.**
- **Ходьба улучшает пищеварение.** Чтобы поддерживать пищеварительную систему в порядке, нужно не только выработать здоровые гастрономические привычки, пить больше воды, но и регулярно ходить. Прогулка после приема пищи поможет сбросить вес, а также способствует перевариванию пищи.
- **Ходьба усиливает иммунитет.** Если ходить минимум 30 минут в день, можно активизировать иммунные клетки. Это стимулирует

более быструю выработку белых кровяных телец, что позволяет организму быстрее выздоравливать.

➤ **Ходьба замедляет старение.** Более того, по данным ученых, ежедневные прогулки в среднем темпе могут помочь предотвратить деменцию, улучшить память и сделать пожилого человека более уверенным в себе.

➤ **Ходьба увеличивает объем легких.** На прогулке вы вдыхаете больше кислорода по сравнению с состоянием покоя. Этот увеличенный обмен кислорода и углекислого газа сказывается на объеме легких, что, в свою очередь, способствует выносливости и способности выполнять физические упражнения. Для этого достаточно просто идти в среднем темпе 60 минут (с перерывами).

➤ **Ходьба может помочь снизить уровень стресса и поднять настроение.** Она стимулирует рецепторы нервной системы и снижает выработку стрессовых гормонов. Размеренное дыхание во время прогулки также поможет справиться с волнением.

➤ **Ходьба увеличивает продуктивность** – благодаря регулярным прогулкам активность и энергичность повышаются.

«В процессе ходьбы появляется зависимость от физического движения, возникает эндорфиновый взрыв. И это влечет только положительные изменения – улучшаются метаболические процессы, сердце начинает работать как часы», – говорит спортивный врач.

Специалисты убеждены: ходьба – необходимый ежедневный базис для нормального функционирования организма. Ее основное преимущество – в отсутствии противопоказаний (лишь в редких исключительных случаях). «Даже человеку, перенесшему инфаркт, через 2 месяца нужно ходить 8 км в день. Для здорового мужчины

дистанция меньше 10 км – бессмысленна», – продолжает Елена Бойко.

Заниматься ходовой тренировкой можно практически в любом возрасте. Более того, для пожилых людей ходьба – наиболее оптимальная физическая активность. «Хорошим подспорьем в ходьбе станут палки. Особенно для людей, страдающих остеопорозом, – отмечает врач. – Представителям пожилого возраста в первую очередь нужно сформировать поддержку для сердечно-сосудистой системы, создать определенные предпосылки для сердца, чтобы не поставить его работу в некорректные условия».

Подготовила Ирина Савина

Спасая жизни

Почти 40 лет Владимир Клочко оперирует в городской больнице № 8 г. Барнаула. В начале 80-х годов прошлого века он проходил интернатуру в больнице «Трансмаш» и впоследствии остался там работать. Сегодня он возглавляет хирургическое отделение. Путь, который прошел врач, вряд ли можно назвать простым. Но о другом он не мечтал.



«Бывает, иногда устаешь, трудно. Но когда заходишь в операционную – забываешь об этом, об усталости, обо всем. Самое главное – больной и ты», – говорит о своих буднях Владимир Клочко.

Коллеги, прошедшие с ним долгий совместный путь, говорят о нем исключительно как о первоклассном клиницисте. Владимир Леонтьевич отлично владеет диагностикой и оперативным лечением различной патологией, отмечают они. Владимир Клочко обладает исключительно большим опытом работы и практическими знаниями. Грамотный руководитель, с превосходными профессиональными знаниями, ориентирующийся во всех направлениях специальности.

Сейчас в городской больнице № 8 оперируют более 1200 человек в год. Каждым четвертым из них занимается Клочко. Если посчитать количество спасенных жизней за весь период работы, их наберется тысячи. А точнее, хирург выполнил более 12 000 различных операций.

Он стал пионером во внедрении эндоскопической хирургии в Алтайском крае. В 1993 году на базе хирургического отделения больницы начали про-

водить эндоскопические оперативные вмешательства на органах брюшной и грудной полостей, а также эндоскопические гинекологические операции планового и экстренного профиля. В 1995 году начали использовать линейные и циркулярные сшивающие аппараты TA-55, GIA-50 и EEA-25-28-31 нового поколения. Современные хирургические технологии нашли широкое применение в отделении, которое возглавляет Владимир Леонтьевич.

Обладая колоссальным опытом и знаниям, хирург продолжает повышать свой профессиональный уровень. Он регулярно изучает медицинскую литературу, пополняя теоретические знания, а также принимает активное участие во врачебных общепользовательских и краевых конференциях, выступая с докладами на различные темы.

К пациентам Владимир Клочко относится очень внимательно. И они с благодарностью называют его врачом от Бога, человеком и доктором с большой буквы. Нередко на сайте отзывов про докторов хирурга благодарят за спасенную жизнь.

Подготовила Ирина Савина

Цифры и факты

Владимир Клочко – высококвалифицированный врач-хирург высшей квалификационной категории с 1997 года.

За высокий профессионализм и плодотворный труд награжден Почетной грамотой администрации Октябрьского района г. Барнаула (2007).

Также в копилке его наград – юбилейный знак «280 лет городу Барнаулу» (2010), Почетная грамота администрации Алтайского края (2012), Почетная грамота Министерства здравоохранения РФ (2013).

С 2017 года Владимир Клочко – член Российского общества хирургов.

В 2018 году ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Я – благодарная бывшая больная, которая лежала в 18-й палате КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул» с 7 июля по 4 августа. Хочу выразить огромную признательность медперсоналу, заведующей отделением **Маргарите Константиновне Славновой**, которая сумела организовать слаженную работу в отделении. А особенно моему лечащему врачу – **Лидии Евгеньевне Рошупкиной**, которая, работая в невероятно сложных условиях с тяжелыми больными, а в основном это пожилые люди, не только лечит, подбирая лекарства, а лечит наши больные души своим вниманием, доброжелательностью. Спасибо вам, Лидия Евгеньевна, что поставили меня на ноги после коварной болезни – коронавируса.

Галина Васильевна Кузнецова

Вся наша семья выражает благодарность врачу неврологического отделения КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаул» **Анне Викторовне Адлер**. Благодаря ее небезразличию и отзывчивости нашему отцу установлен верный диагноз. Он был переведен в профильное отделение. Будем надеяться, пойдет на поправку. Побольше бы таких врачей, которые не «выпуливают» больных, если заболевания не их профиля, а пытаются всячески подействовать и помочь. Спасибо.

Любовь Геннадьевна Кошелева

Когда пришла работать врач-онколог **А. Г. Жеребцова** в КГБУЗ «Городская поликлиника № 7, г. Барнаул», сразу работа улучшилась, все изменилось в лучшую сторону! Никаких очередей, нужно направление – вот, пожалуйста, выпишет и у заведующей сама подпишет! Спасибо! Моя мама наблюдается у данного врача, приходит всегда в отличном настроении с приема! Спасибо доктору!

Екатерина Валерьевна Забара

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».

Хочу выразить благодарность врачам и медицинскому персоналу пульмонологического отделения Краевой клинической больницы в лечении Владимира Карловича Маскина. 13.07.2020 на автомобиле медицины катастроф привезли чуть живого, с тяжелой формой заболевания. Врачи-профессионалы за три недели подняли его на ноги, восстановив здоровье.

Также хочу выразить благодарность лечащим врачу-терапевту **Татьяне Викторовне Сафоновой** и медицинскому персоналу Зональной центральной районной больницы, в которой В. К. Маскин находился на лечении с 06.07.2020.

Особую благодарность выражаю руководству Краевой клинической больницы в лице главного врача **Дианы Михайловны Рудаковой**. Диана Михайловна – настоящий профессионал в своем деле и хороший человек. Протянула руку помощи, мгновенно отреагировав на поданное заявление, и взяла В. К. Маскина на лечение в больницу, где работают профессионалы. Диана Михайловна, спасибо вам огромное. Дай вам Бог и вашей семье здоровья и всех благ.

С уважением, семья Бессоновых

Благодарю врачей городской больницы № 10 – **Елену Викторовну Лелесникову** и **Марину Владимировну Минаеву** за профессионализм, чуткое, внимательное, доброжелательное отношение к пациентам. Особенно сейчас, ввиду

обстановки, связанной с COVID-19. Они курировали меня как «контактного» пациента, да еще и перенесшего онкологическую операцию. Ежедневно интересовались самочувствием, приезжали, поддерживали. Если есть возможность, прошу поощрить докторов за их нелегкий, ответственный труд!

Александр Викторович Дранкевич

Выражаю благодарность врачу-терапевту КГБУЗ «Городская поликлиника № 3, г. Барнаул» **Светлане Петровне Сухоницкой** и медицинской сестре **Татьяне Сергеевне Бахмутской** за высокий профессионализм, компетентность, индивидуальный подход к каждому пациенту. Во время карантина Светлана Петровна консультировала по телефону, оказывала квалифицированную медицинскую помощь. Спасибо за ваш нелегкий труд, пусть он всегда будет оценен по достоинству и приносит вам удовольствие.

Ирина Ивановна Шетикова

Когда я родила, ко мне в палату пришел консультант-психолог по грудному вскармливанию **Ольга Викторовна Баннер** (КГБУЗ «Первая городская поликлиника, г. Бийск»). Она все подробно разъяснила о грудном вскармливании и дала контакт, куда я могу обратиться в случае чего-нибудь. Я, конечно, надеялась, что все будет отлично, но, как и многие, столкнулась с проблемами. Я не сразу вспомнила о разговоре с консультантом-психологом... потом описала всю проблему, на что получила подробный и четкий ответ, как мне действовать. На всем протяжении лечения и кормления со мной всегда ведут связь и интересуются, как все проходит. Это очень помогает. Обращалась я уже не раз, и всегда есть поддержка. Молодым мам это очень поможет. Благодаря вам мы на ГВ! Огромное спасибо!

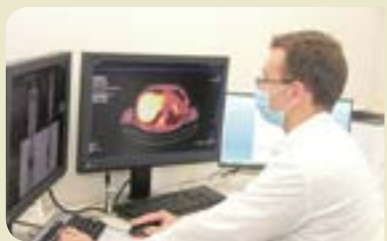
Алена Сергеевна Полякова



Мирный атом на страже здоровья

26 августа в Барнауле официально стартовала работа Центра ядерной медицины Медицинского института им. Березина Сергея (МИБС). Первый в Алтайском крае Центр ядерной медицины обеспечит жителям региона доступ к высокотехнологичной диагностической визуализации с целью постановки точных диагнозов при лечении онкологических и других заболеваний. С июня текущего года первые несколько десятков пациентов прошли исследования на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом.

Источник: altairegion22.ru,
altapress.ru, zdravalt.ru.



В выпуске использованы фотографии с сайтов altairegion22.ru, altapress.ru, zdravalt.ru, katun24.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: pinimg.com, verywellhealth.com, Journaldoctor.ru, transferfactory.ru, d-cd.net, kadara.ru, openmedia.news, life4health.ru

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Миз ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».
Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Свидетельство 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 – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина

Издатель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».

Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.

Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.

Отпечатано в типографии ООО «А1»:

656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru. ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 9.09.2020.

По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.