

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (237) СЕНТЯБРЬ 2023



*Учителям-наставникам -
наша благодарность!*



Демидовы по духу! Объединяя усилия...

Уже 32 года, как в Алтайском крае действует Демидовский фонд. Его деятельность публична и довольно хорошо известна.

Обращаясь к истории создания Алтайского Демидовского фонда (а она уже и сейчас обросла множеством легенд), выражаем признательность за созидательную деятельность родоначальнику этого движения в крае - Александру Михайловичу РОДИОНОВУ, который блестяще реализовал в 1991 году решение организационного комитета Международного Демидовского фонда (МДФ) под эгидой Ассоциации российских клубов ЮНЕСКО об организации Международного Демидовского движения, в том числе и Алтайского центра МДФ (так отражен этот факт в рабочих и учредительных документах общественной организации).

С позиции сегодняшнего дня исторически интересен и тематический выпуск «Демидовское дело» (вышел в феврале 1995 года) одной из первых независимых газет, зарегистрированных в Алтайском крае в 1990 году, «Добрый День» (позднее преобразованная в «Издательство "Вечерний Новоалтайск"», которым с января 2003 года издается и наш журнал), полностью посвященный деятельности Демидовского фонда в Алтайском крае и объявленному – только еще во второй раз! – конкурсу на соискание Гуманитарных Демидовских премий. Далее такие тематические выпуски Демидовского фонда готовились в содружестве с газетой «Вечерний Новоалтайск». Позднее Издательский дом «Алтапресс» в качестве своего вклада в демидовское дело с 2002 по 2012 годы издавал ежегодный «Демидовский вестник».

За эти годы у Демидовского фонда сформировался и расширяется серьезный Попечительский совет. Лауреатами премий Демидовского фонда стали известные в Алтайском крае деятели культуры, промышленности, писатели, художники, музыканты, архитекторы, музеи, ведущие промышленные предприятия, которые составляют основу демидовского движения в крае. Установлены и рабочие контакты с Международным Демидовским фондом.

Международный Демидовский фонд своей важнейшей задачей с момента своего официального создания в 1992 году определил координацию действий и усилий отечественных и зарубежных участников Демидовского движения.

Особенности периода зарождения Демидовского движения, а также сложный текущий момент отечественной истории – очевидно обострил самосознание народа, его историческую память, интерес к прошлому, а главное – созидательную энергию, готовность творить, строить, что в какой-то мере предопределило и состоявшееся 20 сентября 2023 года подписание Соглашения о сотрудничестве между Международным Демидовским фондом и Демидовским фондом Алтайского края.





Искусственный интеллект: спаситель или враг человечества?



«Молчаливая» проблема женщин деликатного возраста



Ген старения



Профилактика падений и переломов. Питание и здоровье костей в любом возрасте

На обложке: ГРАНИТОВ Владимир Михайлович, Почетный профессор АГМУ, заслуженный врач РФ, врач-инфекционист высшей квалификационной категории.

Страницы жизни профессора Гранитова	2-5
Осенние вирусы	6
Кому и зачем нужны медицинские книжки	7
Искусственный интеллект: спаситель или враг человечества?	8-9
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО! Л.М. Новикова. Воспалительные заболевания кишечника у детей ..	10-11
ШКОЛА ПРОФИЛАКТИКИ. ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ Б.А. Неймарк, С.Г. Тупякова. Занятие 1. Что такое урология	12-14
Диабет пошел на мировой рекорд	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА А.И. Гальченко, Т.А. Кузнецова, Н.Т. Клейменова. «Молчаливая» проблема женщин деликатного возраста	16-19
Не годен для контракта	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Ю.А. Романченко. «Школа первой помощи»	21
А.С. Мельникова. Применение внутрикостного доступа на этапах скорой медицинской помощи	22-23
Л.В. Шубкина. Реабилитация - путь к выздоровлению	24
Законы, вступившие в силу в сентябре	25-27
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД: ЗНАТЬ - ЗНАЧИТ ЖИТЬ! И.Ю.Сазыкина. Жизнь с ВИЧ	28-29
Ген старения	30
Квашеная капуста: схватка микробов	31
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» А.А. Коломиец, Л.В. Тинякова. Занятие 2. Первая домедицинская помощь. Само- и взаимопомощь	32-33
Азы первой помощи со школы	34
Новости здравоохранения России	35
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+ Н.Г.Целюк. Профилактика падений и переломов. Питание и здоровье костей в любом возрасте	36-39
Грибочки в радость	40
Новости здравоохранения России	41
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+ Фитнес против возраста	42-43
Демидовы по духу! Объединяя усилия... ..	44



Страницы жизни профессора Гранитова

Владимир Михайлович ГРАНИТОВ родился 1 октября 1938 года. Почетный профессор АГМУ, заслуженный врач РФ, врач-инфекционист высшей квалификационной категории, который почти полвека отдал служению вузу.

Начало пути

Родился Владимир Михайлович ГРАНИТОВ в Житомирской области (Украина). Сын прославленного командира кавалерийского эскадрона, который погиб в боях в годы Великой Отечественной войны.

Поступил в Омский государственный медицинский институт. И после его окончания в 1961 году Владимир Михайлович Гранитов работал заместителем главного врача в Тогульской центральной районной больнице (1961-1965 годы) и главным санитарным врачом Тогульского района Алтайского края.

Гранитов - главный санврач

Владимир Михайлович внес большой вклад в борьбу с инфекционными заболеваниями в районе, организовав проведение лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий. **В годы его работы в Тогульском районе перестали регистрироваться такие заболевания, как малярия, бруцеллез, полиомиелит, дифтерия, значительно снизилась заболеваемость кишечными инфекциями.**

Владимир Михайлович стал инициатором и организатором (от проекта до введения в строй) ин-



фекционного отделения в Тогульской районной больнице, где по совместительству занимался лечебной работой.

За безупречную работу по оказанию медицинской помощи населению района в 1964 году Владимир Михайлович Гранитов награжден почетной грамотой Алтайского крайкома КПСС и крайисполкома.

Но не только медициной занимался в это время Владимир Михайлович Гранитов.

Гранитов и театр

Врачи и педагоги всегда были носителями культурной жизни в сельской местности.

В 1962 году Владимир Михайлович **организовал в Тогуле комсомольско-молодежный театр «Комета»**. Его созданию способствовало то, что Владимир Михайлович во время учебы в институте занимался в театральной студии при Омском драмтеатре, которой в то время руководил известный актер Спартак Мишулин.



В.М.Гранитов
в экспедиции



В.М.Гранитов
на репетиции спектакля



О работе театра «Комета» в свое время писали газеты «Комсомольская правда», «Советская Россия», «Алтайская правда» и «Молодежь Алтая». Как руководитель и режиссер этого театра В.М. Гранитов поддерживал творческие связи с московскими «Театр Ленинского комсомола» (режиссер А.В. Эфрос) и «Театр на Таганке» (режиссер Ю.П. Любимов).

За достигнутые творческие успехи в области драматического искусства Владимир Михайлович Гранитов награжден дипломом второй степени Выставки достижений народного хозяйства, а за активное участие в культурно-воспитательной работе на селе - почетной грамотой бюро крайкома КПСС и исполкома краевого Совета депутатов трудящихся.

Гранитов - исследователь

В 1965 году Владимира Михайловича Гранитова переводят на работу в краевую санитарно-эпидемиологическую станцию врачом-эпидемиологом в должности начальника противоэпидемического отряда.

В этот период (1965-1969 годы) **Владимир Михайлович в составе экспедиций**, организованных Министерством здравоохранения СССР и проводимых ведущими НИИ АМН СССР, **занимался изучением природноочаговых заболеваний.**

После окончания целевой аспирантуры с 1971 года Гранитов работал в Алтайском государственном медицинском институте, где прошел путь от ассистента до профессора. С 1993 по 2015 годы он заведовал кафедрой инфекционных болезней (до 2007 года - это кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии) АГМУ.

Условно научные интересы Владимира Михайловича Гранитова можно разделить на четыре направления: природноочаговые инфекции, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция/СПИД и другие инфекции и инвазии.

Гранитов совместно с **Юрием Васильевичем ВЕСЕЛОВЫМ** (организатор и первый заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии АГМИ) **впервые описал на Алтае геморрагическую лихорадку с**



Занятия по осенней эпидемиологии (Гранитов В.М. в центре)

почечным синдромом, установил распространенность лихорадки Ку в Алтайском крае, как среди населения, так и среди диких и домашних животных.

Большой вклад внес В.М. Гранитов в изучение клиники и эпидемиологии *сибирского клещевого тифа, с его участием впервые осуществлена молекулярно-биологическая верификация данного заболевания.*

Совместные исследования с ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва) позволили *впервые на территории Сибири верифицировать и описать клинический случай клещевого риккетсиоза, который вызван Rickettsia heilongjiangensis.*

Была диагностирована *атипичная форма сибирского клещевого тифа (ПШР с последующим типизирующим секвенированием полученных ампликонов).*

Дано клиническое описание моно- и микст-форм клещевых инфекций на Алтае, а также предложена «схема-алгоритм лабораторного обследования больных клещевыми инфекциями». В клещах, собранных на территории края, был впервые выявлен вирус лихорадки Кемерово.

Всего по проблеме заболеваний с природной очаговостью В.М. Гранитовым опубликовано 48 работ, под его научным руководством выполнено две кандидатских диссертации. Результаты изучения вирусных гепатитов представлены в 115 научных работах и трех кандидатских диссертациях, выполненных учениками Владимира Михайловича под его научным руководством.

Профессор Владимир Михайлович Гранитов награжден орденом «PRIMUS INTER PARES - Первый среди равных».



В 2005 году Владимир Михайлович Гранитов включен в энциклопедию «Лучшие люди России», а в 2009 году - в Международную энциклопедию «Who is Who в России».

Владимир Михайлович Гранитов стоял у истоков создания краевого центра профилактики и борьбы со СПИДом. В 1992 году он написал пособие для врачей «ВИЧ-инфекция/СПИД», которое стало первым за Уралом и четвертым - в СССР. Среди его научных работ также есть монография «ВИЧ-инфекция/СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии», которая была издана в 2003 году в издательстве «Медицинская книга» (Москва). Второе дополненное и исправленное издание вышло в 2008 году. В 2007 году издана монография «Вторичные заболевания при ВИЧ-инфекции/СПИДе». Это первое и пока единственное в России пособие, в котором в справочной форме освещена данная патология.

В 2009 году в России начал издаваться новый научно-практический рецензируемый журнал «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии», членом редакционного совета которого был В.М. Гранитов.

По проблеме ВИЧ-инфекции под руководством профессора Владимира Михайловича Гранитова выполнена и защищена кандидатская диссертация. Всего под его руководством выполнено 10 кандидатских диссертаций.

Владимир Михайлович Гранитов - автор более 450 научных работ, в том числе 14 учебных пособий монографического типа и пяти монографий, три из которых вышли в издательстве «Медицинская книга» (Москва).

Монография «Хламидиозы» рекомендована в 2002 году Департаментом образовательных учреждений МЗ РФ в качестве учебного пособия при постдипломной подготовке врачей. Восемь учебных пособий, автором которых является В.М. Гранитов, вышли в 2005-2008 годах в серии «Инфекционные болезни плода и новорожденного». Многие учебные пособия занимали призовые места во внутривузовских конкурсах и отмечены дипломами.

Гранитов - преподаватель АГМУ

Профессор Гранитов признан «Лучшим преподавателем АГМУ» и награжден дипломом в честь 50-летия АГМУ, а также признан «Лучшим преподавателем 2007 года» (диплом ректората и благодарственное письмо студентов). В 2009 году в связи с 55-летием АГМУ Владимир Михайлович Гранитов отмечен благодарственным письмом Аппарата полномочного представителя Президента РФ в Сибирском федеральном округе.

На протяжении многих лет профессор Гранитов являлся членом ученого совета АГМУ, ученого совета лечебного и медико-профилактического факультетов, членом ЦКМС АГМУ, заместителем председателя экспертного совета по инфекционным болезням и эпидемиологии управления здравоохранения Алтайского края, председателем краевого научного общества инфекционистов, председателем проблемной комиссии «Инфекционные болезни Алтайского края».

Признание заслуг

В 2002 году Указом Президента РФ В.В. Путина за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу В.М. Гранитову присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Он избран академиком МАНЭБ (Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности) и действительным членом Нью-Йоркской Академии наук.

Награжден медалью Алтайского края «За заслуги в труде», а также многочисленными дипломами, почетными грамотами, благодарственными письмами, в том числе полномочного пред-



Профессор Гранитов В.М. читает лекцию.



ставителя Президента РФ в Сибирском федеральном округе.

В 2018 году в честь 287-летия со дня основания Барнаула профессор Гранитов награжден почетным знаком и занесен на Доску почета Центрального района города.

Работая в вузе, Владимир Михайлович Гранитов не прекращал и общественную работу. Так, в 80-е годы XX века он стал организатором создания в общежитии клуба «Эврика», где студенты два раза в месяц встречались с известными людьми нашего города и края: актерами и режиссерами, поэтами и писателями, художниками и спортсменами, искусствоведами и ведущими конструкторами заводов, Героями Советского Союза и Героями Социалистического труда, учеными и путешественниками.

Кстати, Владимир Михайлович сам побывал более чем в 20 странах и постоянно делился со студентами впечатлениями о таких поездках. С 1978 по 1992 годы он руководил городским клубом любителей кактусов, организовывал постоянные выставки этих экзотических растений, которых в коллекции Владимира Михайловича Гранитова в то время было более 500 экземпляров. И еще Владимир Михайлович - страстный книголюб. Он дарил свои книги детским домам, общежитиям АГМУ. Его библиотекой и сейчас пользуются преподаватели и студенты.

1 мая 2021 года Гранитов Владимир Михайлович ушел из жизни. Похоронен он на Черницком кладбище города Барнаула.



Профессор Гранитов В.М., академик РАН Нетесов С.В., академик РАН Малеев В.В.



Профессор Гранитов В.М. и академик РАН Покровский В.В.



Память о Владимире Михайловиче - учителе, враче, наставнике - навсегда в наших сердцах! 🌹

Коллектив кафедры инфекционных болезней с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета

Владимир Михайлович Гранитов стоял у истоков создания Алтайского краевого центра профилактики и борьбы со СПИДом.



Участники Второго Конгресса Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням (Казахстан, 2012). Гранитов В.М. второй слева.



Воспалительные заболевания кишечника у детей



**Людмила Михайловна
НОВИКОВА,**

главный внештатный детский специалист нефролог министерства здравоохранения Алтайского края, врач-педиатр высшей квалификационной категории, заведующая нефрологическим отделением КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Воспалительные заболевания кишечника - это группа патологий, характеризующиеся хроническим, длительно текущим воспалением с соответствующей симптоматикой. В группу входят два заболевания: болезнь Крона и язвенный колит, которые связаны с нарушением всасывания жидкости и питательных веществ и сопутствующими проблемами.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) значительно помолодели. Если раньше болезнь Крона и язвенный колит диагностировались преимущественно у подростков и молодых взрослых, то сегодня они встречаются у дошкольников и даже у младенцев.

Девочки болеют этими патологиями несколько чаще, чем мальчики. Общее количество заболеваний также возрастает.

Причины возникновения ВЗК

Причина развития воспалительных заболеваний кишечника не определена.

Считается, что и болезнь Крона, и язвенный колит развиваются на фоне аутоиммунного поражения, но что именно является пусковым механизмом - так до конца и не ясно. Здесь играют

роль и эндокринные изменения, и врожденные аномалии строения или кровоснабжения кишечника, и инфекционные поражения. Прослеживается также наследственная склонность к патологиям: у детей, чьи родители страдали ВЗК, вероятность развития такой болезни увеличивается в разы.

Основные виды

Язвенный колит может протекать в трех вариантах:

- в виде **проктита** - страдает преимущественно прямая кишка;
- в виде **левостороннего колита** - патологические очаги обнаруживаются в прямой, сигмовидной и восходящей ободочной кишке;
- в виде **панколит** - тотальное поражение толстого кишечника.

При **болезни Крона** поражение может захватывать практически любой участок пищеварительного тракта, начиная с полости рта и заканчивая прямой кишкой.

При диагностике обычно выделяют *локализованную* (длина участка воспаления не превышает 30см) и *генерализованную* (поражено 100 и более сантиметров пищеварительного тракта) *формы*.

Течение болезни носит хронический рецидивирующий характер, чередуя периоды обострения и ремиссии.

Симптоматика

Симптомы воспалительных заболеваний кишечника у детей зависят от конкретной патологии, локализации очага поражения, степени вовлечения



слизистой оболочки кишечника, возраста ребенка.

Общими симптомами для патологий являются:

▶ **боли в животе**, которые могут быть различной степени интенсивности - от небольшого дискомфорта до сильнейших спазмов,

▶ **боли** могут быть **в процессе опорожнения кишечника**,

▶ **стул** может быть частым, может быть выделение с калом большого количества слизи,

▶ **выделение крови с калом** - от единичных прожилок до профузного кровотечения (больше характерно для язвенного колита),

▶ **нарушения всасывания питательных веществ и сопутствующие расстройства:** дефицит белка, витаминов, микроэлементов, анемии, задержка физического развития, снижение массы тела, нарушения менструальной функции у девочек.

Набор симптомов и их выраженность могут меняться, но в целом клиническая картина ВЗК остается единой.

Диагностика

Диагностика воспалительных заболеваний кишечника у детей начинается с **анализа жалоб**. Врач тщательно собирает анамнез: история жизни пациента, история развития заболевания, длительность процесса, а также осматривает живот, оценивает состояние лимфатических узлов, внешнего вида ребенка.

После осмотра и постановки предварительного диагноза назначается **лабораторная и инструментальная диагностика:**

- ◆ общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма;
- ◆ общий анализ мочи;
- ◆ копрограмма, бактериологический анализ кала;
- ◆ эндоскопическое исследование пищеварительной системы;
- ◆ рентгенография с контрастированием;
- ◆ МРТ/МСКТ брюшной полости.

Лечение ВЗК

Основу лечения всех ВЗК составляет **диета**. Из рациона ребенка исключаются продукты, раздражающие слизистую кишечника, и продукты, со-



держащие большое количество клетчатки: острая, жирная, жареная пища, твердые овощи и фрукты, газированные напитки, коровье молоко.

В лечении воспалительных заболеваний кишечника используются препараты аминосалициловой кислоты, глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, препараты генно-инженерной терапии, при тяжелых осложнениях используются хирургические методы.

Родители, столкнувшиеся с ВЗК у ребенка, должны понимать, что **эти патологии невозможно вылечить полностью**. Помните, что **любое пренебрежение рекомендациями врача с большей вероятностью приведет к рецидиву**, а каждый рецидив, в свою очередь, **значительно повышает риск возникновения осложнений**.

Профилактика

Специфической профилактики ВЗК нет.

Родители с первых дней жизни малыша должны уделять внимание его питанию, не допускать злоупотребления вредными продуктами, своевременно лечить кишечные инфекции.

При уже поставленном диагнозе **профилактика направлена на предотвращение рецидива заболевания и развития осложнений**. Она включает строгую диету, прием назначенных врачом препаратов, ведение здорового образа жизни, регулярное посещение врача для контроля состояния ребенка. ☺

Важно не затягивать с обращением к врачу при любых признаках неблагополучия: длительная диарея, похудание ребенка как на фоне пониженного, так и на фоне относительно нормального аппетита.



Что такое урология



Борис Александрович НЕЙМАРК,

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-уролог высшей квалификационной категории, член Президиума Правления Российского общества урологов;



Софья Геннадьевна ТУПЯКОВА,

студент 4 курса ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Многие люди знают о такой медицинской специальности, как урология. Но при этом мало кто из них может обозначить, чем конкретно занимается врач-уролог. Поэтому мы бы хотели развеять мифы касательно этого медицинского направления, рассказать, что такое урология, какие заболевания лечит врач-уролог, у кого они встречаются и многое другое.

Урология - это область клинической медицины, изучающая причины, механизмы возникновения и развития заболеваний органов мочеполовой системы, а также их диагностику, методы лечения и профилактику.

Согласно данным ВОЗ, в структуре смертности населения экономически развитых стран болезни мочеполовой системы занимают седьмое место и составляют 2,5-3% всех причин смертности. Но вместе с тем эти заболевания поражают людей всех возрастов - и особенно трудоспособное население, являясь причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации и нанося тем самым огромный экономический ущерб стране.

Что изучает

Какие органы входят в состав мочеполовой системы?

Первыми, конечно, являются **почки**. Они выполняют множество важных функций в нашем организме: способствуют поддержанию определенного ионного состава внутренней среды, выделяют конечные продукты азотистого обмена из организма, регулируют артериальное давление и многое другое. Можно сказать, что почки являются фильтром нашего тела.

Затем следуют **мочеточники**. Это мышечные трубки длиной 25-30 сантиметров, по которым моча поступает в мочевой пузырь. Казалось бы, что может важного делать данный полый трубчатый орган? Но благо-

даря ему урина движется в одном направлении: он, как насос, качает жидкость, препятствуя возникновению восходящей инфекции.

Чтобы моча выделилась во внешнюю среду, необходим не только **мочеиспускательный канал**, который участвует в выведении мочи, но и **мочевой пузырь**, являющийся естественным резервуаром. Он способствует накоплению мочи и регулированию позывов человека к мочеиспусканию.

Вместе с тем стоит упомянуть о **яичках, предстательной железе, семенных пузырьках и семявыносящем протоке**. Это - органы мужской репродуктивной системы, необходимые для нормального созревания сперматозоидов и их транспортировки в мочеиспускательный канал.

Все перечисленные анатомические образования очень важны и необходимы для нормальной жизнедеятельности. И **именно их патологией занимается врач-уролог**.

Врач-уролог: какой он?

Какими навыками должен обладать врач-уролог?

Он должен в полной мере владеть такими практическими навыками, как клиническое обследование пациента, которое включает в себя сбор анамнеза, осмотр, перкуссию, пальпацию т.д.

Также этот специалист должен уметь формулировать и обосновывать предварительный диагноз, формировать план лечения на основа-



нии полученных данных лабораторных и клинических исследований, осуществлять терапию заболеваний органов мочеполовой системы, в том числе проводить хирургические вмешательства.

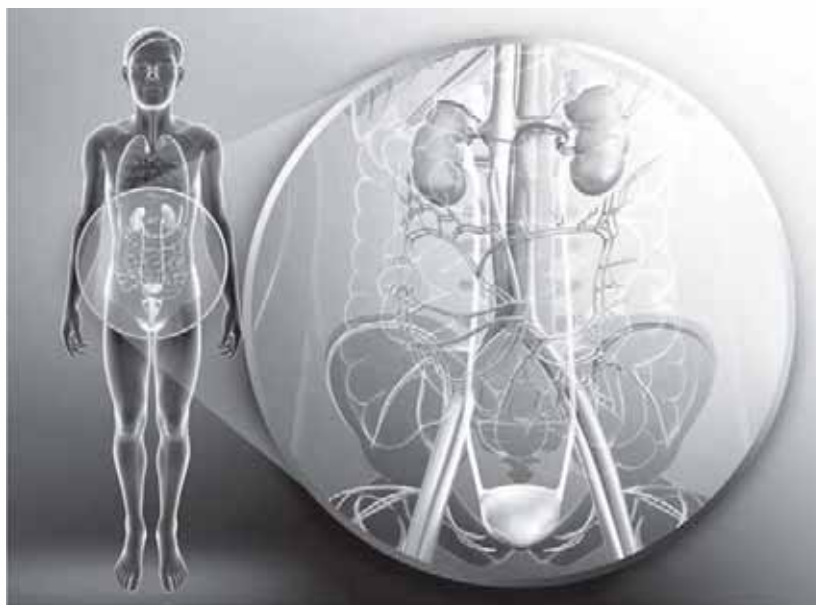
О пациентах врача-уролога

До сих пор бытует мнение, что врач-уролог лечит только **мужчин**, но это неверно. На прием к врачу-урологу может обратиться и **женщина**. Ведь мочекаменная болезнь или цистит встречаются и у мужчин, и у женщин.

В области урологии выделяют более узкие специализации:

- **уролог-гинеколог** специализируется на заболеваниях мочеполовой системы женщин. В компетенции этого врача - лечение целого ряда заболеваний органов малого таза: недержание мочи различной этиологии, опущение и выпадение половых органов, боли неизвестной этиологии в области малого таза, кисты и дивертикулы в малом тазу;

- **уролог-андролог** оказывает помощь при таких болезнях мужских половых органов, как простатит, аденома простаты, нарушения работы других органов мочеполовой системы (мошонки, нижнего отдела мочеиспускательного канала), уретрит (воспаление мочеиспускатель-



ного канала) также находится в компетенции этого врача;

- **онкоуролог** изучает злокачественные новообразования репродуктивной и мочевыделительной системы, забрюшинного пространства, причины их возникновения, осуществляет диагностику, лечение и профилактику этих заболеваний;

- **фтизиоуролог** специализируется на лечении туберкулеза органов мочеполовой системы;

- **уролог-хирург** оказывает экстренную медицинскую помощь при неотложных состояниях. В ведении этого специалиста находятся пациенты, которые нуждаются в хирургическом лечении.

В структуре смертности населения экономически развитых стран болезни мочеполовой системы занимают седьмое место и составляют 2,5-3% всех причин смертности.



...и их жалобах на здоровье

С какими жалобами обращаются к врачу-урологу?

С болевыми ощущениями в нижней части живота, которые могут указывать на воспаление мочевого пузыря.

С дискомфортом во время мочеиспускания, который часто связан с мочекаменной болезнью или простатитом у мужчин.

С выделениями крови во время мочеиспускания или задержка мочи могут говорить о наличии камня в организме.

Недержание мочи встречается у недавно родивших женщин.

И это только малая часть симптомов, с которыми могут обращаться пациенты к врачу-урологу. Но очень важно **при любом недомогании сразу прийти на прием и не заниматься самолечением!**

Профилактика урзаболеваний

Какие факторы могут влиять на здоровье мочевой системы?

Переизбыток в рационе красного мяса, жирной и жареной пищи, выпечки, углеводов ухудшает иммунитет и нарушает работу пищеварительного тракта, а **чрезмерное содержание** в рационе **соли** изменяет

обмен ионов в организме, что может привести к образованию камней.

Недостаток физической активности может способствовать развитию мочекаменной болезни и проблемам с мочевым пузырем.

Курение и употребление алкоголя повышает риск развития рака мочевого пузыря.

Несоблюдение правил личной гигиены половых органов ведет к значительному увеличению вероятности заболеть инфекционным заболеванием мочеполовой системы.

Неправильное использование лекарств может негативно влиять на мочевую систему, а чрезмерное употребление антибиотиков может привести к антибиотикорезистентности у микроорганизмов, поэтому нужно строго следовать рекомендациям врача.

Напоследок хотелось бы отметить, что урология является развивающейся и инновационной врачебной специальностью. Большинство урологических операций проводятся лапароскопическим способом. Применяются новейшие технологии для лечения заболеваний. **Поэтому урология не стоит на месте, и с каждым годом уровень возможностей врачей-урологов только увеличивается.** 🌐

Диабет

В 2021 году в мире 529млн человек имели сахарный диабет, а к 2050 году их число возрастет до почти полутора миллиардов. На 49,6% этот рост, по мнению экспертов ВОЗ, обусловлен проблемой ожирения, остальные 50,4% объясняются демографическими сдвигами.

Несахарные цифры

Согласно оценкам экспертов Глобальной исследовательской программы бремени болезней (GBD), в 2019 году с диабетом жили почти 460млн человек, заболевание было восьмой по значимости причиной смерти и инвалидности в мире. По оценкам Международной диабетической федерации (IDF), в 2021 году диагноз был у 537млн человек. В 98% случаев это - диабет второго типа.

Россия, как следует из отчета, входит в число стран, где распространенность диабета составляет до 4%. Это согласуется с официальными данными Минздрава: согласно регистру, **диабет выявлен у примерно 5млн человек.** Однако в сентябре 2022 года в Минздраве заявляли, что **на самом деле с ним живет каждый 15-й россиянин, или 10,5млн человек.**

Глобальные расходы на здравоохранение из-за диабета составили \$966млрд. Причем, к 2045 году, по прогнозам, они вырастут еще на \$100млрд. При этом усилия органов здравоохранения во всем мире едва ли оправдываются: вероятность достижения глобальных целей по остановке роста распространенности диабета к 2025 году составляет менее 1% для женщин и еще ниже для мужчин.





Анжелика Ивановна ГАЛЬЧЕНКО,

кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;



Татьяна Александровна КУЗНЕЦОВА,

кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России,



Наиля Тухфатуллаевна КЛЕЙМЕНОВА,

врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, гинекологическое отделение ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Барнаул.

«Молчаливая» проблема женщин деликатного возраста

Продолжительность жизни за последние 50 лет значительно увеличилась, и, по прогнозам демографов, к 2025 году каждый шестой человек на Земле будет старше 60 лет. В связи с этим возраст-ассоциированные заболевания приобретают всё большую актуальность. Это касается и здоровья женщин в пери- и постменопаузе.

Сегодня средний возраст наступления менопаузы составляет 50-52 года, то есть на постменопаузу приходится 40% жизни женщины. Ежегодно у 25 миллионов женщин в мире наступает менопауза, и лишь у 10% из них она протекает без патологических проявлений. **Патологические проявления менопаузы** - это не только «приливы» жара, потливость и колебание артериального давления. Есть симптомы, о которых женщина «стыдливо» умалчивает. Это так называемый **генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС)**.

Урогенитальные расстройства являются достаточно распространенной проблемой (что подтверждают многочисленные исследования). Это второй по частоте маркер наступления климактерия. Однако не каждая женщина считает необходимым заявлять об этих проблемах врачу, принимая их за естественные проявления старения.

Симптомы ГУМС

Генитоуринарный менопаузальный синдром - это симптомокомплекс, который возникает у женщин на фоне дефицита эстрогенов и других половых гормонов и включает физиологические и анатомические изменения во влагалище, уретре, мочевом пузыре и наружных половых органах. В 50-70% случаев он развивается после прекращения менструаций, то есть в постменопаузе, но у 15% женщин может заявить о себе уже в перименопаузе.

Частота симптомов, связанных с ГУМС, очень высока у женщин именно в постменопаузе - от 27% до 84%. В отличие от вазомоторных симптомов, которые уменьшаются с течением времени, **ГУМС без эффективной терапии только прогрессирует.**

Первой от дефицита эстрогенов **страдает слизистая влагалища.** Именно по этой причине с наступлением климакса сначала появляются жалобы на сухость и жжение во влагалище, раздражение, сильный зуд в области половых органов при трении нижним бельем. Эти проявления являются следствием **вульвовагинальной атрофии.** Уменьшается увлажнение при сексуальной активности, поэтому появляется дискомфорт или боль при половом контакте. Неприятные ощущения приводят к снижению полового возбуждения, оргазма, либидо, могут быть посткоитальные кровотечения. Женщина может отмечать уменьшение влажности слизистых, уменьшение эластичности, уменьшение размеров малых половых губ, увеличение травматичности половых путей - после полового контакта могут появляться покраснения, петехии, трещины.

Обычно женщины думают, что климакс проявляется в основном приливами, из-за чего часто нарушается сон. Но гораздо чаще после наступления менопаузы женщины не спят ночью из-за того, что вынуждены вставать, чтобы помочиться. Этот симптом называется **ноктурия.** Он вызван снижением эластичности мочевого пузыря из-за дефицита эстрогенов и, как следствие, уменьшения



ем ёмкости мочевого пузыря. По этой же причине женщина и днем вынуждена мочиться часто (более 8 раз за сутки) и небольшими порциями. Возможно *стрессовое недержание мочи*, проявляющееся при смехе, приступе кашля, физической нагрузке. Реже возникает ургентная форма недержания - непроизвольное выделение мочи после внезапного позыва.

Также **ГУСМ может усугублять дисфункцию тазового дна** - опущение и выпадение тазовых органов, недержание мочи, рецидивирующие урогенитальные инфекции. *Рецидивирующие урогенитальные инфекции* считаются осложнением ГУМС. Они вызваны как патогенными возбудителями, так и условно-патогенной флорой, которая проникает в толщу стенок половых путей через микротравмы. В основном урогенитальные инфекции возникают после 65 лет, имеют стертую клиническую картину. Кроме того, с годами ГУСМ приводит к таким осложнениям, как атрезия и стеноз цервикального канала, серозоцервикс, серозометра, которые требуют хирургического лечения.

Данный патологический симптомокомплекс развивается не только в менопаузе. **Гипоэстрогенное состояние, приводящее к ГУМС, может встречаться:**

- ▶ при первичной недостаточности яичников,
- ▶ при хирургической менопаузе (двусторонней овариэктомии с или без гистерэктомии),
- ▶ при гипоталамической аменорее,
- ▶ при состоянии после родов,
- ▶ при грудном вскармливании,
- ▶ при использовании агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов,
- ▶ при использовании ингибиторов ароматазы,
- ▶ при использовании противоопухолевой терапии, лучевой терапии.

Женщины с хирургической менопаузой имеют более тяжелые проявления этого синдрома, чем женщины с естественной менопаузой, - из-за внезапного и резкого снижения выработки половых стероидных гормонов.

Более тяжело страдают **женщины с ГУМС вследствие индуци-**



рованной химиотерапией менопаузы, они имеют более выраженные проявления сексуальной дисфункции и снижения качества жизни.

Несмотря на высокую распространенность ГУМС в период пери- и постменопаузы, **70% женщин с вагинальной атрофией не обращаются к врачам**, считая это естественным состоянием. Только 4% пациенток в возрасте 55-65 лет связывают свои жалобы с эстрогеновым дефицитом и вагинальной атрофией, а 37% женщин полагают эти проявления обратимыми, либо считают, что это не лечится.

Диагностика ГУМС

Для диагностики генитоуринарного менопаузального синдрома женщин с жалобами на интимный дискомфорт и нарушения мочеиспускания консультирует врач-гинеколог. При постановке диагноза ГУМС выявляют особенности клинической картины болезни, устанавливают связь между возникновением симптомов и менопаузальным периодом. Постановка диагноза проводится совместно с врачом-урологом.

Для верификации генитоуринарного синдрома показаны следующие исследования:

- осмотр с фоторегистрацией,
- проведение рН-метрии,
- оценка индекса вагинального здоровья,
- кольпоскопия.

В отличие от вазомоторных симптомов, которые уменьшаются с течением времени, генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) без эффективной терапии у женщин прогрессирует.





Диагностическими критериями синдрома служат повышение рН во влагалище более 5 единиц, индекс созревания эпителия - свыше 65%, снижение числа лактобактерий с одновременным повышением количества условно-патогенных бактерий.

УЗИ тазовых органов проводится для комплексной оценки состояния внутренних органов, исключения опухолевых процессов, риск развития которых в 2-3 раза повышается с наступлением менопаузы.

Уродинамическое исследование проводится для выявления проблем со стороны мочевого пузыря. Выполняются общий анализ или посев мочи, функциональные пробы (для диагностики стрессового недержания мочи на кресле проводят пробу с натуживанием и кашлевой тест), прокладочный тест для выявления недержания мочи, УЗИ мочевого пузыря, урофлоуметрия или комбинированное уродинамическое исследование.

При сопутствующей дисфункции тазового дна выполняется перионеометрия и оценка мышц тазового дна.

Проявления генитоуринарного менопаузального синдрома дифференцируют с хроническими инфек-

ционными вагинитами, контактными дерматитом вульвы и влагалища.

При появлении кровянистых выделений необходимо исключить рак вульвы, влагалища и шейки матки. Комплексное урологическое обследование проводится для дифференциальной диагностики разных форм недержания мочи.

Лечение ГУМС

Увеличение продолжительности жизни и омоложение населения, несомненно, связаны с общественно-социальным развитием и достижениями медицины, цель которой состоит также в продлении срока здоровой и качественной жизни.

В чем же заключается терапия ГУМС?

Прежде всего, это - **гормонотерапия**. «Золотым стандартом» является применение локальных форм малых доз эстрогенов в виде суппозиторий, крема или капсул. Интенсивное лечение длится 2-4 недели и устраняет основные клинические признаки заболевания, после чего пациенткам назначают длительный поддерживающий курс гормональных препаратов. Локальная терапия эффективна в 80-90% случаев.

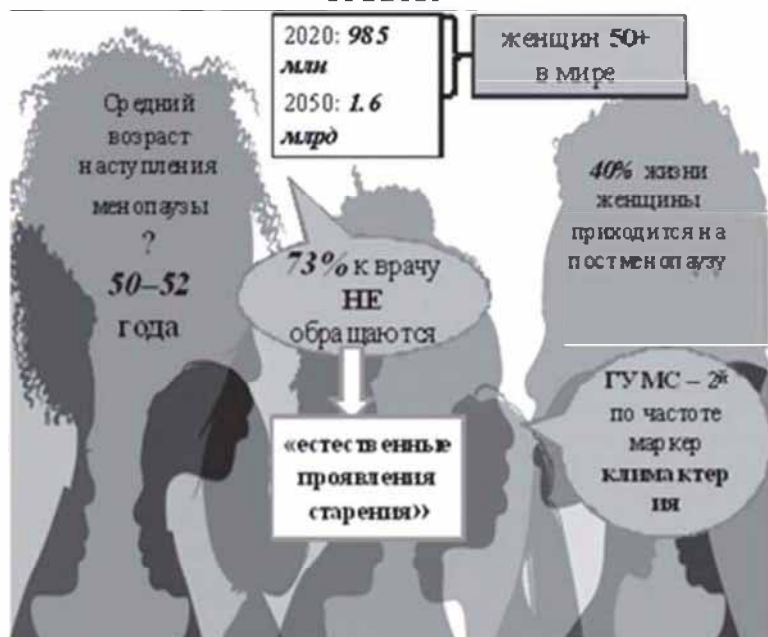
При сочетании генитоуринарного менопаузального синдрома с другими проявлениями климакса показана **системная гормональная терапия**. У здоровых женщин с сохраненной маткой используют комбинацию эстрогенов и гестагенов для защиты эндометрия от диспластических процессов.

В дополнение к гормонотерапии, либо как альтернатива ей при наличии строгих противопоказаний к применению препаратов эстрогена, используются **негормональные вагинальные лубриканты**. Они не только увлажняют слизистую оболочку половых путей, уменьшают жжение и дискомфорт, но и заменяют естественную смазку при половом акте. Лубриканты выполнены на основе гиалуроновой кислоты, фосфолипидов, растительных экстрактов.

Холиноблокаторы являются первой линией терапии при гиперактивном мочевом пузыре. Они нормализуют работу гладкой мускула-

При гипертонусе мочевого пузыря в комплексе с медикаментозной терапией пациентке назначается электростимуляция мочевого пузыря. Лечение снижает тонус детрузора и расслабляет стенку органа.

ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (ГУМС) – «МОЛЧАЛИВАЯ» ПРОБЛЕМА 21 ВЕКА



туры и сфинктеров, повышают резервуарный объем органа, снижают частоту позывов. В дополнение к М-холиноблокаторам применяют агонисты бета-3-адренорецепторов.

Для тренировки мышц тазового дна при недержании мочи широкое применение нашли **аппараты обратной биологической связи**. Они обеспечивают изолированное сокращение разных мышечных пучков, дают пациентке наглядную информацию о правильности выполнения и эффективности занятий.

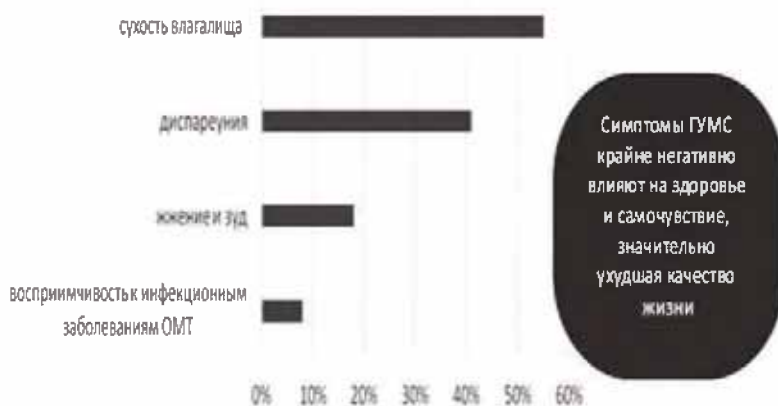
При гипертонусе мочевого пузыря в комплексе с медикаментозной терапией пациентке назначается **электростимуляция мочевого пузыря**. Лечение снижает тонус детрузора и расслабляет стенку органа, поэтому пациентки реже сталкиваются с императивными позывами на мочеиспускание.

Иногда пациенткам требуется и **хирургическое лечение**. Особенно необходимо оно при пролапсах гениталий и при недержании мочи. Легкие и среднетяжелые формы генитоуринарного синдрома корректируются введением объемных гелей в ткани вокруг уретры для повышения запирающей функции сфинктеров. Лечение эффективно у 75-80% больных. Тяжелые варианты недержания требуют проведения оперативных вмешательств, восста-

навливающих анатомию тазового дна и топику органов.

Таким образом, сегодня генитоуринарный менопаузальный синдром успешно поддается коррекции. Комплексное лечение сопровождается ликвидацией или значительным уменьшением симптомов, тем самым улучшает качество повседневной и интимной жизни женщины. ☺

Структура симптомов ГУМС

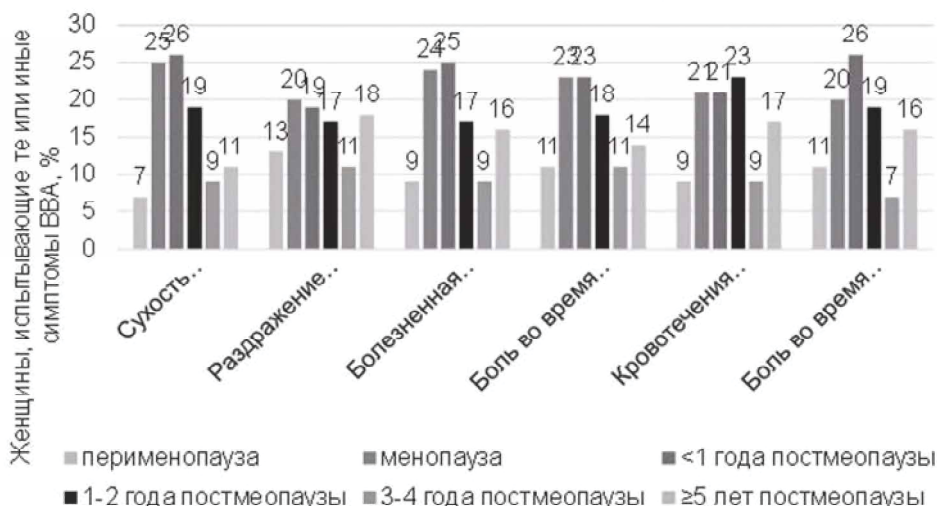


Симптомы ГУМС крайне негативно влияют на здоровье и самочувствие, значительно ухудшая качество жизни

Через 4 года после наступления постменопаузы более, чем у 60% пациенток наблюдается хотя бы одно из проявлений ГУМС

ГОЛОСА ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Время появления симптомов вульвовагинальной атрофии (ВВА) у женщин, которые страдают от ВВА



Для выявления проблем со стороны мочевого пузыря выполняются общий анализ или посев мочи, функциональные пробы, прокладочный тест, УЗИ мочевого пузыря, урофлоуметрия или комбинированное уродинамическое исследование.





«Школа первой помощи»

17 сентября отмечается Всемирный день безопасности пациента. Как признание центральной роли пациентов, их родственников и лиц, осуществляющих уход, в обеспечении безопасного лечения и ухода, в 2023 году этот день посвящен теме «Повышение роли пациентов в безопасном оказании медицинской помощи».

КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул» ежегодно организует мастер-класс для детей по оказанию первой медицинской помощи.

Такая работа проводится в рамках проекта «Школа первой помощи», которая реализуется с целью просветительской и профориентационной работы в образовательных организациях города Барнаула.

Целью этого проекта является научить ребят правильно, быстро, четко, а главное без паники, выполнить тот алгоритм действий, который поможет сотрудникам скорой медицинской помощи быстрее приехать на место к пострадавшему и оказать необходимую медицинскую помощь.

Идея проведения подобных занятий для ребят возникла потому, что диспетчерам скорой медицинской помощи приходилось сталкиваться с тем, что дети при вызове скорой помощи для своих родных или близких просто терялись и в панике не знали, как себя вести. Они не могли назвать адрес и описать произошедшую ситуацию, поэтому тратилось драгоценное время для оказания медицинской помощи пациенту.

Обучение школьников проводится в рамках трехдневных занятий.

В первый день проводят анкетирование и опрос ребят. Это помогает выяснить, насколько они знают, как вызвать скорую помощь, по какому номеру нужно звонить; что первое нужно сказать диспетчеру; как правильно действовать, если не знаешь местности, где произошло несчастье.

Фельдшеры скорой помощи проводят для детей мастер-классы по оказанию сердечно-легочной реанимации, остановки кровотечения при помощи давящей повязки, наложение кровоостанавливающего жгута.

Во второй день занятий ребята посещают с экскурсией одну из подстанций скорой помощи в Барнауле, где им рассказывают об устройстве автомобиля СМП, какое оборудование в нем имеется, как оно работает и в каких случаях его используют медики.

В третий день учащиеся знакомятся с работой единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи, где организован прием вызовов от населения всего Алтайского края. Здесь ребята узнают, как работает диспетчер, какие задает вопросы и как происходит передача вызова бригаде СМП.

Школа первой помощи работает с 2019 года, и эта работа постоянно совершенствуется. Если раньше сотрудники скорой помощи проводили обучающие занятия только для учащихся 6-11 классов, то сейчас они доступны для ребятшек, начиная с первого класса. ☺



Юрий Анатольевич РОМАНЧЕНКО,
главный фельдшер
КГБУЗ «Станция скорой
медицинской помощи,
г.Барнаул»,
член ПАСМП с 2016 года



Применение внутрикостного доступа на этапах скорой медицинской помощи



Антонина Сергеевна МЕЛЬНИКОВА,
фельдшер скорой медицинской помощи высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Рубцовск», член ПАСМП с 2012 года

На КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Рубцовск» с 2001 года внедрены в работу устройства внутрикостного доступа. Введение этой новой медицинской техники обусловлено тем, что в практике общепрофильных выездных бригад периферический доступ не всегда возможен технически.

Устройства внутрикостного доступа (УВК) входят в регламент оснащения укладок скорой медицинской помощи (Приказы Министерства здравоохранения РФ №36Н от 22.01.2016 года; №1165Н от 28.10.2020 года).

- ▶ клиническая смерть;
- ▶ шок (различной этиологии);
- ▶ обширные травмы;
- ▶ ожоги;
- ▶ эпилептический статус.

Что такое внутрикостный доступ

Внутрикостный доступ - это альтернатива венозного доступа, который по объему кровотока, по интенсивности инфузионной терапии эквивалентен центральному доступу, так как длинные трубчатые кости имеют обширное венозное сплетение.

При помощи различных УВК можно создать инфузию порядка 1,5-3 литра в час в большеберцовую кость, 5 литров в час - в плечевую.

Особенностью внутрикостного доступа является то, что **точки доступа представляют собой костные структуры,** которые в случае шока не спадаются - в отличие от вен.

Показания

В качестве временной альтернативы венозной катетеризации, когда периферический и центральный венозный доступ затруднен, особенно в чрезвычайных ситуациях:

Противопоказания

Как у любой манипуляции, противопоказания к внутрикостному доступу могут быть абсолютными и относительными.

К абсолютным относятся:

- воспалительные процессы в месте предполагаемой инъекции,
- травмы кости.

К относительным:

- наличие протезов и металлических конструкций,
- трудности в поиске точки доступа (например, при выраженном ожирении у пациентов).

Особенности проведения

Если пациент находится в сознании, то необходимо перед введением болуса внутрикостно ввести 1-2мл 2%-ного раствора лидокаина.

Контролировать, чтобы пациент во время постановки УВК **не двигался.**

Помнить о необходимости введения болуса физиологическим раствором до начала проведения.

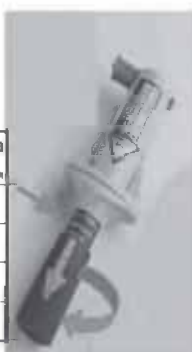
Помнить, что **УВК может находиться не более 24-48 часов** - для предотвращения инфицирования и риска развития остеомиелита.

АППАРАТ ДЛЯ ВНУТРИКОСТНОЙ ИНФУЗИИ
V.I.G.™

ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Размер иглы - 15G

Место пункции	Глубина вкола иглы (см)
Большеберцовая кость	2,5
Плечевая кость	2,5
Медиальная подмышка	2,0
Лучевая кость	1,5



Возможные осложнения

Осложнения при проведении внутрикостного доступа возникают достаточно редко - примерно в 1% случаев. **Это могут быть:** пробивание кости сквозное с образованием перелома; смещение внутрикостной иглы в процессе инфузии; эмболия; повреждение эпифизарного хряща; подкожные гематомы, инфильтраты.

Методика проведения внутрикостного доступа

Необходимо определить место установки УВК.

У взрослых:

- *бугристость большеберцовой кости* - необходимо найти середину бугристости большеберцовой кости и отступить от нее на один сантиметр внутрь;

- *бугристость головки плечевой кости* - руку пациента необходимо согнуть в локтевом суставе и привести ее к телу. Условно разделить плечевой сустав тремя линиями: передней, средней и задней. Далее между передней и средней линиями нужно определить бугристость головки плечевой кости;

- *мышцелок большеберцовой кости* - определить медиальный мышцелок большеберцовой кости и отступить от него на три пальца вверх.

У детей:

- от верхней суставной поверхности *большеберцовой кости* отступить приблизительно 1см по направлению к стопе,

- у детей до 1 года следует предпочитать *пяточную кость* с подошвенной стороны.



Внутрикостный доступ проводится под углом 90 градусов с применением трех видов устройств:

- ▶ полуавтоматическим шприцем-пистолетом,
- ▶ многоразовым устройством - дрелью со сменными одноразовыми иглами,
- ▶ устройством внутрикостного канюлирования с ударным механизмом УМ-УВК производства РФ (что имеет высокое практическое значение в условиях общемировой политической ситуации и импортозамещения лекарственных средств, медизделий и оборудования).

Техника проведения инъекции зависит от выбора УВК и проводится медицинским персоналом, прошедшим обучение, изучившим СОПы и алгоритмы.

На станции скорой медицинской помощи города Рубцовска проводится обучение технике внутрикостного доступа начмедом ССМП при помощи обучающих фильмов, лекций и практических конференций. В будущем планируется тесное сотрудничество с симуляционным центром для отработки практических навыков сотрудниками станции, а также рассматривается вопрос о приобретении российского комбинированного тренажера внутрикостного канюлирования. ☺

Особенностью внутрикостного доступа является то, что точки доступа представляют собой костные структуры, которые в случае шока не спадаются - в отличие от вен.

АППАРАТ ДЛЯ ВНУТРИКОСТНОЙ ИНФУЗИИ
B.I.G.™

ДЛЯ ДЕТЕЙ

Размер иглы - 18G

Место пункции - большеберцовая кость

Возраст ребенка (годы)	Глубина вкола иглы (см)
0-3	0,5-0,7
3-6	1,0-1,5
6-12	1,5





Лилия Викторовна ШУБКИНА,

медицинская сестра по реабилитации отделения медицинской реабилитации взрослых с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2005 года

Травмы или повреждения опорно-двигательного аппарата - одни из самых частых видов повреждений, которые происходят при различных анатомических нарушениях тканей и органов, возникающих в результате действий агрессивных факторов внешней среды: падение, неловкое или неожиданное движение, автомобильные аварии или стихийные бедствия.

Реабилитация - путь к выздоровлению

Одной из важнейших проблем, создающих помехи для нормального восстановления, является длительное обездвиживание конечности или самого пострадавшего.

«Как быть? С чего начать?» - вопросы, которые «мучают» каждого, попавшего в такую ситуацию. Что же нужно делать человеку и его близким, что бы он смог максимально восстановиться?

Начните реабилитацию!

Ресурсы нашего организма безграничны, ведь при правильном и системном подходе он может сам себя восстанавливать. **Ключевыми условиями успеха реабилитации являются мотивация и положительный настрой человека на выздоровление, его положительное отношение к занятиям и процедурам.**

Близкие люди могут поддержать и настроить на длительную реабилитацию своего родственника, но большая часть работы лежит на специалистах реабилитационного отделения.

Говоря о медицине и лечении в целом, нельзя не затронуть такой аспект медицинской практики, как **восстановление и реабилитация**. Актуальность данного направления связана с всё большей потребностью пациентов с тяжёлыми нарушениями после инфарктов, инсультов, травм опорно-двигательного аппарата и других в коррекции их жизненных функций. В отделениях медицинской реабилитации оказывают помощь именно таким пациентам.

Структурными подразделениями этих отделений являются:

- ▶ физиотерапевтический кабинет,
- ▶ кабинет лечебной физкультуры с механотерапией, многофункциональным тренажерным залом,
- ▶ кабинет эрготерапии,
- ▶ кабинеты массажа, мануальной терапии и рефлексотерапии,
- ▶ кабинет психотерапевтической помощи и другие.

В ходе реабилитации **обеспечивается соблюдение основных принципов:** индивидуальный подход к пациенту, комплексность воздействия, последовательность и непрерывность. Под контролем специалистов выполняются комплексы индивидуально подобранных упражнений, занятия на тренажерах и медицинских аппаратах.

Физиотерапевтические процедуры стимулируют процессы регенерации и адаптации, снижают уровень стресса, помогают быстрее восстановиться. Психотерапевтическая работа важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, формирование мотивации к эффективному участию в лечении. Занятия с логопедом помогут правильно выставить речевой диагноз, определить индивидуальную программу и ежедневную нагрузку.

Ранняя реабилитация сводит к минимуму вероятность тяжелых осложнений. Помощь человеку - главная задача реабилитационных мер. Совместные усилия разных специалистов позволяют успешно восстанавливаться после различных недугов и травм. Благодаря своевременной и правильно подобранной программе лечения пациенты восстанавливаются полностью.

Не затягивайте с лечением, обратитесь к врачу сейчас! ☺



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:
(8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Жизнь с ВИЧ



**Инна Юрьевна
САЗЫКИНА,**
психолог, отдел
профилактики КГБУЗ
«Алтайский краевой центр
по профилактике и борьбе
со СПИДом и
инфекционными
заболеваниями»

Положительный тест на ВИЧ - это практически всегда шок. Из-за недостатка информации многие воспринимают диагноз как приговор. Однако рассказанная ниже история доказывает, что с ВИЧ можно жить качественной жизнью.

Нашу героиню зовут Мария. Она полностью приняла свой диагноз, нашла себя и готова помогать ВИЧ-положительным людям найти свой путь к счастливой жизни.

Далее - рассказ от лица Марии.

Диагноз и лечение

- Если честно, я с самого начала не понимала, что такое вирус иммунодефицита человека - ВИЧ-инфекция. Сейчас я уже взрослый опытный человек и сознательно помогаю другим людям принять свой диагноз.

Но раньше всё было не так.

Это были 90-е годы, молодость и беспечность. Я, как и многие молодые люди тогда, употребляла психоактивные вещества. В то время совершенно не отдавала отчет в собственных действиях. Победили первая любовь и желание быть ближе к авторитетным для меня на то время людям. Наверное, в 90-е годы молодой девушке было сложно найти хороший пример для подражания, особенно в спальных районах Барнаула.

Всё это привело к тому, что я оказалась в местах заключения. Именно там поняла, что хочу жить по-другому. Сейчас я осознаю: для того чтобы изменить свою жизнь, не обязательно ввязываться в опасные истории. Достаточно прислушаться к себе и сказать «нет» тому, что делает твою жизнь хуже.

Именно в тюрьме мне сообщили о том, что у меня выявлен ВИЧ. Там я принимала лекарства под надзором и при этом не понимала, что это - навсегда. После освобождения я просто забыла о том, что у меня есть диагноз и что нужно пить препараты. Это правда: я на самом деле забыла. И когда после освобождения перед операцией нужно было сдать тест на ВИЧ, то очень после удивилась, что у меня ВИЧ-инфекция. Ведь я хорошо себя чувствовала и была уверена, что здорова.

На самом деле моя история типична. Часто люди узнают о том, что у них ВИЧ, когда сдают обязательные анализы: перед операцией или во время медосмотров. Редко кто идет сдавать тест на ВИЧ самостоятельно. А зря. Как потом я узнала, **ВИЧ может никак не проявлять себя годами. Человек не будет знать, что болен. А иммунитет в это время будет очень страдать.** Так было и со мной. Я попала в больницу потому, что мой иммунитет не справлялся с болезнью.

Несколько лет я жила с ВИЧ без лечения и не понимала, что болею. Думала, что тогда, в тюрьме, меня вылечили. У меня было мало информации, и я не понимала, что ВИЧ - это навсегда. После выписки из больницы меня направили в СПИД-центр в Барнауле. И там специалисты рассказали мне о ВИЧ, лечении, путях его передачи.



Принятие диагноза

Конечно, **самым сложным для меня было принятие диагноза.** Да, в какой-то степени я понимала, что это может произойти со мной. Из-за моих прошлых увлечений и равнодушного отношения к здоровью.

Я прошла все стадии осознания диагноза: от отрицания до полного принятия. Злилась и ежедневно спрашивала себя: «Почему именно я?», искала виноватых, читала разные статьи о выздоровлении от ВИЧ и «натякалась» на рассказы ВИЧ-диссидентов, которые говорили о том, что ВИЧ-инфекции не существует. Но однажды поняла, что это только отнимает у меня энергию: я полностью сосредоточилась на убеждении себя, что я не болею, - вместо того, чтобы начать лечение. А в это время вирус разрушал мой иммунитет.

Осознав это, **я приняла всё, что со мной происходит.** Сейчас я уверена в себе и хочу помочь каждому ВИЧ-положительному человеку поверить в себя, свои силы и возможности.

ВИЧ - это не приговор. **Принимая препараты, можно реализовываться и быть счастливым.** Сейчас я пью терапию без пропусков. И стала спокойнее. Ведь я знаю, что вирус - под контролем.

Свою роль в моем принятии сыграли и отношения с врачом. Я научилась не бояться рассказывать о побочных эффектах терапии и о своем психологическом состоянии. Понимала, что с «побочками» жить сложно. Сложно привыкнуть к головокружению и плохому самочувствию. Поэтому попросила поменять схему терапии. И после стало гораздо лучше.

Также под присмотром специалистов я родила двух абсолютно здоровых детей.

Дискриминация

Я считаю, что **дискриминация - от незнания.** Да, в отношении ВИЧ-положительных людей она всё еще существует. Сейчас много информации о ВИЧ, но принимать ее готовы не все. Из-за этого люди и боятся узнать свой ВИЧ-статус. А вдруг тест будет положительный? Что тогда делать?..

В свою очередь из-за дискриминации ВИЧ-положительные люди часто



держат диагноз в тайне от родных и близких. А это большая психологическая нагрузка. Бывают случаи, когда люди не ходят в СПИД-центр, так как боятся встретить знакомых. Или не получают терапию, так как не хотят, чтобы кто-то увидел название препаратов и узнал о их диагнозе. Вариантов избегания - много. Но вывод один. **ВИЧ-инфекция - не приговор. С этим можно жить счастливо и полноценно. Главное - принимать терапию.**

Сегодня очень много тех, кто заразился ВИЧ половым путем. А значит, рискуют все, у кого есть половая жизнь. ВИЧ-положительным людям важна поддержка. Ведь в сложные моменты так важно осознавать, что ты не одинок.

Слышать себя

Чему меня научила моя история?

Я стала бережнее относиться к себе и окружающим людям.

Я начала слышать себя.

Я научилась говорить «нет» тогда, когда считаю это нужным.

А главное - я нашла себя в помощи людям. Сейчас я учусь на психолога и хочу помогать ВИЧ-положительным людям принять себя. Хочу на собственном примере каждому показать, что жизнь с ВИЧ может быть счастливой.

Я приняла свое прошлое. Теперь я четко понимаю, как сделать так, чтобы больше ничего подобного со мной случилось. 🌱

ВИЧ - не приговор. Принимая препараты, можно реализовываться и быть счастливым. Сейчас я пью терапию без пропусков. И стала спокойнее. Ведь я знаю, что вирус - под контролем.



Первая домедицинская помощь. Само- и взаимопомощь



Андрей Александрович КОЛОМИЕЦ,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, врач-травматолог-ортопед высшей квалификационной категории;



Любовь Владимировна ТИНЯКОВА,

учебный мастер симуляционного центра

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Существует множество неотложных состояний, требующих незамедлительной помощи, когда ее неоказание может привести к смерти или тяжелым последствиям для здоровья.

Поэтому овладение навыками первой домедицинской помощи должно стать повседневной реальностью, начиная с обучения в школе.

СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ У ДЕТЕЙ

● **Не давить на мягкие ткани в области подбородка** - это может вызвать обструкцию дыхательных путей.

● **Начинать** сердечно-лёгочную реанимацию ребенка **с 5 спасительных вдохов**. Соотношение: **15 компрессий : 2 вдоха**.

● **Компрессии грудной клетки осуществлять на нижнюю часть грудины** (найти мечевидный отросток и отступить на толщину одного пальца выше), на 1/3 переднезаднего диаметра грудной клетки ребенка.

Варианты техники компрессий

У младенцев. Двумя пальцами, по циркулярной методике: два больших пальца приложить к нижней половине грудины, направив кончики пальцев в сторону головы ребенка. Кистями обеих рук обхватить нижнюю часть грудной клетки ребенка. Пальцы должны поддерживать его спину.

У детей старше года: одной или двумя руками, по общепринятой методике.

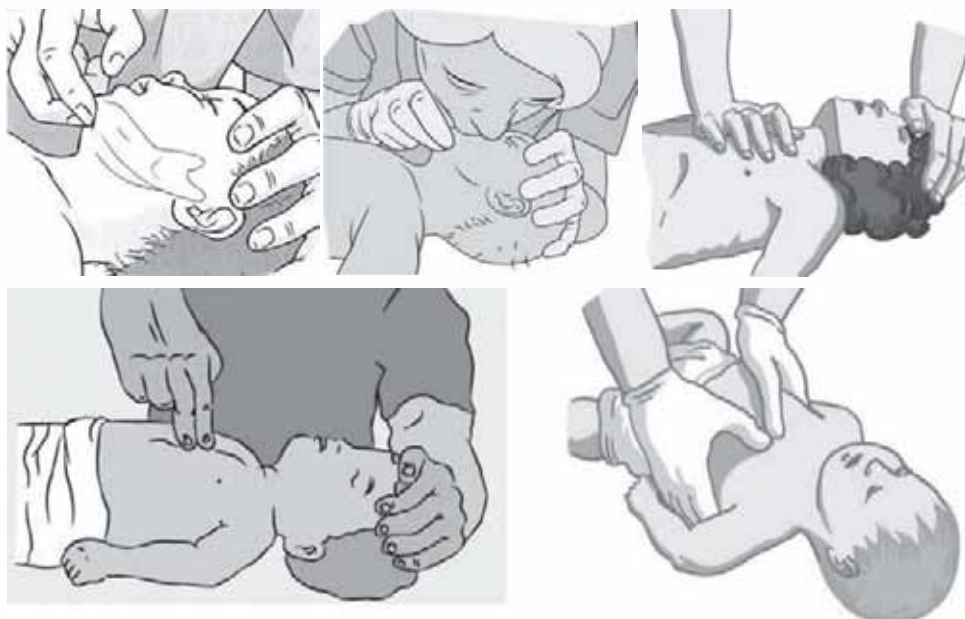


Рис. 1. СЛР у детей



ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ (закупорки, нарушение проходимости) ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

Если человек:

- ▶ не отвечает на вопросы,
- ▶ не может дышать или дышит хрипло,
- ▶ производит неэффективные попытки откашляться,
- **то необходимо способствовать изменению давления в его грудной клетке** (по типу резкого выдоха).

Следует начать с пяти ударов по спине:

- встать сбоку и несколько позади от пострадавшего;
- наклонить его вперед;
- нанести несколько резких ударов основанием ладони в область между лопаток (рис. 2);
- при освобождении дыхательных путей пострадавший сможет дышать и говорить.

Если пять ударов по спине оказались неэффективными, необходимо выполнить пять толчков в область живота (прием Геймлиха, рис. 3):

- встать сзади от пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;
- сделать несколько резких сдавлений-толчков живота.

У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. У них применяются толчковые сдавления грудной клетки в области грудины (способствуют изгнанию инородного тела из дыхательных путей).

Если обструкцию устранить не удалось, тогда повторять попеременно по пять раз удары по спине и толчки в живот.

Если человек теряет сознание, следует начать выполнение сердечно-лёгочной реанимации, так как компрессии способствуют изгнанию инородного тела из дыхательных путей.



Рис. 2. Удары для удаления инородного тела

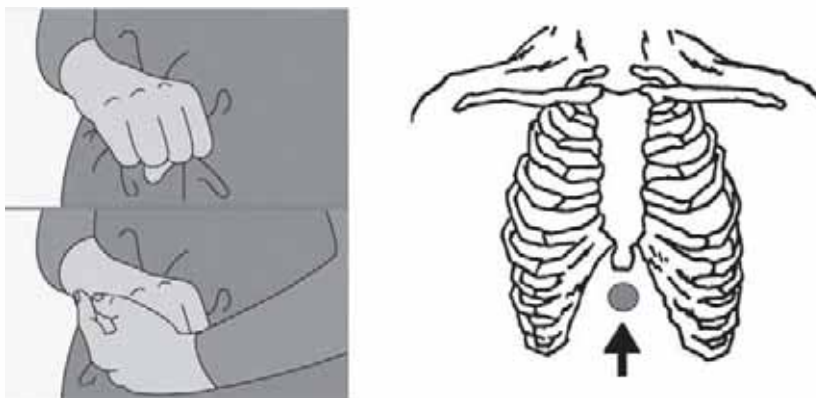


Рис. 3. Прием Геймлиха

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

● Положить ребенка на предплечье своей руки, головой вниз (ниже уровня туловища), придерживая его голову, нанести пять ударов между лопатками.

● Если хлопки не помогли, сделать пять толчков двумя пальцами в нижнюю часть грудной клетки. Повторять эти мероприятия до тех пор, пока инородный предмет не будет извлечен.

● **Детям до 1 года нельзя выполнять надавливания на живот.**

Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту. ☺

Продолжение следует



Рис. 4. Помощь при обструкции верхних дыхательных путей у ребенка



Профилактика Питание и здоровье



Наталья Георгиевна ЦЕЛЮК,
заведующий Алтайским
краевым гериатрическим
центром КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь для
ветеранов войн»

Остеопоротический перелом

Остеопороз развивается, когда кости становятся «хрупкими». В результате чего они легко ломаются даже из-за небольшого толчка или падения.

По оценкам ВОЗ, треть всех людей старше 65 лет падают ежегодно, более половины из них - повторно.

Во всем мире каждая третья женщина и каждый пятый мужчина в возрасте старше 50 лет перенесут в течение жизни перелом при небольшой травме (сломают кости).

Хотя переломы могут произойти в любом месте, чаще всего встречаются переломы запястий, позвоночника и бедра. У пожилых людей переломы, вызванные остеопорозом, - важная причина боли, инвалидности и потери независимости. Также они могут стать причиной смерти.

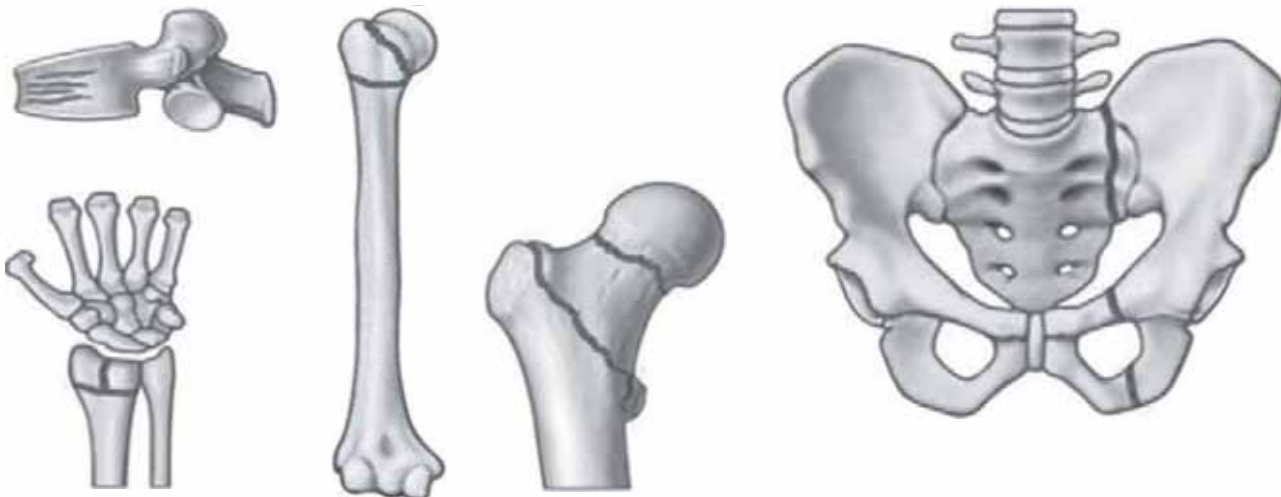
Закладывать основу здоровья костей нужно в течение всей жизни. Говорят, что **мы едим то, что едим, - это правдиво также и в отношении наших костей.** Кости, состоящие из живой ткани, чтобы оставаться сильными и здоровыми,

нуждаются в правильных веществах, поступающих с пищей. **Сбалансированное питание вкупе с регулярными физическими упражнениями поможет улучшить здоровье вашего скелета в любом возрасте и снизить риск развития остеопороза.** Размеры и масса костей скелета существенно меняются в разные периоды жизни. На фоне изменений, которые претерпевает скелет, меняются и потребности питания. Цель диеты, полезной для здоровья костей, состоит в том, **чтобы помочь взрослым людям - поддерживать здоровье скелета и предупреждать преждевременную потерю кости, а пожилым людям - сохранять мобильность и независимость.**

Важные для костей вещества, поступающие с пищей

КАЛЬЦИЙ

Кальций - главный строительный материал нашего скелета. По сути кость служит резервуаром кальция. Запасы кальция хранятся в скелете для того, чтобы поддерживать его



падений и переломов. костей в любом возрасте

уровень в крови, что очень важно для работы нервной системы и мышц. **Кальций - ключевой нутриент в любом возрасте, но его необходимое количество меняется в зависимости от периода жизни.**

Молочные продукты (молоко, йогурт, сыры) - самые доступные пищевые источники кальция, в них также находятся другие вещества, важные для роста скелета. Кроме того, источниками кальция являются другие продукты питания, в частности некоторые зеленые овощи, рыбные консервы с мягкими съедобными костями (сардины), орехи.

Диетические источники кальция

Молочные продукты, такие как молоко, йогурт и сыры, очень богаты кальцием, который легко усваивается. Они имеют дополнительное преимущество, являясь хорошими источниками фосфата и высококачественного белка, которые также помогают здоровью костей.

Продукты, богатые кальцием

<i>Продукты</i>	<i>Размер порции</i>	<i>Содержание кальция, мг</i>
Молоко	200мл	240
Натуральный йогурт	150г	207
Твердый сыр	30г	240
Соевый творог, обогащенный кальцием	120г	126
Брокколи (сырой вес)	120г	112
Сушеный инжир	60г	96
Миндаль	30г	75

Среди других пищевых источников можно перечислить **зеленые овощи** (брокколи); **рыбные консервы**, в которых кости уже становятся мягкими и съедобными, например сардины; **орехи** (в частности миндаль); продукты **тофу** с кальцием и **некоторые минеральные воды**.

Для людей, имеющих лактазную недостаточность (повышенную чувствительность к лактозе) и **(или) избегающих потребления молоч-**

Молочные продукты - самые доступные пищевые источники кальция, в них также находятся другие вещества, важные для роста скелета.



Витамин D помогает организму усваивать кальций из кишечника, а также обеспечивает правильное обновление и минерализацию костей.

ных продуктов, получить достаточное количество кальция в их ежедневном рационе питания сложно. Часть людей с непереносимостью лактозы могут наслаждаться некоторыми молочными продуктами, такими как натуральные йогурты или твердые сыры. Путем проб и ошибок они обнаруживают, какие молочные продукты могут переносить и в каких количествах, или же принимают при необходимости таблетки с лактазой.

Интересные факты про кальций

Кальций - ключевое питательное вещество для укрепления костей в любом возрасте. Он является основным строительным блоком нашего скелета и жизненно необходим для укрепления костей. Количество кальция, необходимое в рационе, варьируется в разные периоды жизни.

Из 1кг кальция, находящегося в организме взрослого человека, 99% содержится в костях. Кость является

резервуаром для поддержания уровня кальция в крови, который также необходим для здорового функционирования нервов и мышц.

Если вы не употребляете достаточного количества кальция, организм отвечает на это вымыванием кальция из костей.

Некоторые расстройства влияют на усвоение кальция организмом, например болезнь Крона, целиакия, нарушение пищеварения и непереносимость лактозы.

Кальций и витамин D идут «рука об руку»: витамин D помогает организму усваивать кальций из кишечника, а также обеспечивает правильное обновление и минерализацию костей.

Для здоровых людей рекомендуемое ежедневное потребление кальция может быть достигнуто за счет диеты, которая содержит достаточное количество богатых кальцием продуктов.

Для людей, которые не могут получить достаточное количество кальция из диеты, могут быть полезны его медикаментозные добавки. Они должны быть ограничены 500-600мг в день (или больше, если это рекомендовано вашим врачом), и, как правило, следует принимать их в сочетании с витамином D.

Выделяют две основные формы кальция в его медикаментозных добавках: карбонат и цитрат. Карбонат кальция более доступен и усваивается наиболее эффективно при его приеме с пищей, в то время как цитрат всасывается одинаково хорошо при приеме с пищей или без нее.

Рекомендации потребления кальция

Исследования показали, что даже в странах с более низким рекомендуемым количеством многие люди потребляют его недостаточно.

Рекомендуемые суточные нормы кальция варьируются в зависимости от страны и места проживания. Например, в таблице слева приводим рекомендации ЮМ 2010 (*Институт медицины Национальной академии наук США*).



<i>Женщины</i>	<i>Кальций, мг/день</i>
Женщины 19-50 лет	1000
Женщины в постменопаузе (51+ лет)	1200
Беременность/лактация 14-18 лет	1300
Беременность/лактация 19-50 лет	1000
<i>Мужчины</i>	<i>Кальций, мг/день</i>
Мужчины 19-70 лет	1000
Мужчины 70+ лет	1200



В нашей стране возрастные нормы потребления кальция отражены в клинических рекомендациях «Остеопороз», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2021 году - они даны в таблице справа.

Отдельно отметим, что показатели нормы потребления кальция для женщин в постменопаузе и для пожилых людей рассчитываются, исходя из снижения эффективности абсорбции кальция в кишечнике.

Употребляйте с пищей достаточно кальция!

Взрослым людям в возрасте 19-50 лет необходимо потреблять 1000мг кальция в день. Поэтому, если человек не может употребить столько кальция с пищей, ему будут полезны добавки кальция, которые идут в сочетании с витамином D. Однако следите за дозировкой кальция: в этом случае она не должна превышать 500-600мг в день.

Советы по увеличению потребления кальция:

- ▶ *употребляйте молочные продукты*, поскольку они богаты кальцием, а также добавьте к своему рациону сыры с низким содержанием жира;

- ▶ *пейте молоко или богатые кальцием заменители молока* - добавляйте их в кофе и чай;

- ▶ *регулярно ешьте йогурты на завтрак* и в качестве перекуса;

- ▶ *добавляйте в еду семечки и цельные зерна*;

- ▶ *перекусывайте орехами* или сухофруктами;

- ▶ *пейте минеральную воду*, которая богата кальцием (содержание кальция должно быть указано на упаковке);

- ▶ *выбирайте овощи, особенно богатые кальцием* (кресс-салат, брокколи, окра);

- ▶ *добавляйте в еду нут, чечевицу* и белые бобы.

Если у вас есть непереносимость лактозы

Люди с плохой усвояемостью лактозы могут отказываться от мо-

Возрастная группа	Норма потребления кальция
Дети до 3 лет	700
Дети от 4 до 10 лет	1000
Дети от 10 до 13 лет	1300
Подростки от 13 до 16 лет	1300
Лица старше 16 лет и до 50 лет	1000
Женщины в постменопаузе или старше 50 лет	1000-1200
Беременные и кормящие грудью женщины	1000-1300



лочных продуктов. Вследствие этого они не получают в достаточном количестве кальций, что повышает у них риск возникновения остеопороза.

Если вы плохо переносите лактозу, вам можно не исключать полностью молочные продукты: существуют молочные продукты с низким содержанием лактозы, йогурты с живой культурой. Хорошо переносятся некоторые твердые сыры. Другим вариантом может быть прием одновременно с молоком таблеток или капель с лактазой.

Люди с непереносимостью лактозы должны проконсультироваться с врачом, чтобы выбрать наилучший путь обеспечения с едой нормального поступления кальция, и если необходимо, то с добавками. ☺

Продолжение следует

Пейте минеральную воду, богатую кальцием, - его содержание должно быть указано на упаковке.



Демидовы по духу! Объединяя усилия...

Продолжение. Начало на обложке 2

Подписание Соглашения о сотрудничестве между Международным Демидовским фондом и Демидовским фондом Алтайского края состоялось 20 сентября 2023 года.

В церемонии приняли участие члены Попечительского совета обоих фондов. Соглашение подписали исполнительный директор Международного Демидовского фонда **Мария Александровна РОЗАНОВА** и президент Демидовского фонда Алтайского края **Ирина Валентиновна КОЗЛОВА**.

Среди первоочередных мероприятий, которые определили Фонды в рамках Соглашения о партнерстве:

- подготовка и участие в мероприятиях, связанных с предстоящим 300-летием города Барнаула, которое пройдет в 2030 году;

- организация и проведение совместных мероприятий по увековечиванию памяти и популяризации наследия Демидовых, а также уроженцев Алтайского края, отмеченных почетным званием Алтайского Демидовского фонда «Прославляющий Алтай»;

- организация участия делегаций Алтайского Демидовского Фонда в мероприятиях Международного Демидовского фонда;

- организация и проведение мероприятий, посвященных лауреатам Алтайского Демидовского фонда на региональных, федеральных и международных площадках Международного Демидовского фонда;

- содействие сотрудничеству лауреатов Алтайского Демидовского фонда, учреждений культуры Алтайского края с федеральными музеями и центрами, другими Демидовскими территориями Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья.

Ряд членов Попечительского совета Демидовского фонда Алтайского края «... за неоценимый вклад в развитие Международного Демидовского движения, за усердные труды по сохранению и популяризации многогранного демидовского наследия, за верность и бескорыстное служению делу сохранения исторической памяти о выдающихся гражданах России - представителях рода Демидовых» отмечен почетными грамотами Международного Демидовского фонда «Международ-

ный Демидовский фонд». Были отмечены:

- **герман Виктор Адольфович**, председатель правления ЗАО «Алтайский завод прецизионных изделий», Председатель правления Союза промышленников Алтайского края;

- **ЗЮЗИН Денис Анатольевич**, генеральный директор группы компаний «Киприно», лауреат Демидовской премии, вице-президент Демидовского фонда;

- **КАРЛОВ Александр Александрович**, генеральный директор ООО «Алтайский трансформаторный завод», лауреат Демидовской премии;

- **КОЗЛОВА Ирина Валентиновна**, Почетный член Демидовского фонда, президент Демидовского фонда;

- **КОРОТКОВ Игорь Алексеевич**, директор Государственного музея истории литературы, искусства и культуры Алтая, лауреат Демидовской премии;

- **МЕЩЕРЯКОВ Виктор Алексеевич**, исполнительный директор Союза промышленников Алтайского края;

- **ПЕСОЦКИЙ Владимир Филимонович**, Почетный президент Демидовского фонда;

- **ЩЕТИНИН Анатолий Прокопьевич**, заслуженный художник РФ, лауреат Демидовской премии.

В рамках Демидовской Ассамблеи в Алтайском крае состоялся круглый стол «Демидовы и Алтай». Делегация Международного Демидовского фонда, благодаря деятельному участию известных ученых - историков, краеведов, лауреатов Демидовской премии Алтайского края **Аркадия Васильевича КОНТЕВА** и **Вадима Борисовича БОРОДАЕВА**, ознакомилась с объектами Демидовского наследия в Барнауле, Змеиногорске, Колывани и другими.

Следуя девизу рода Демидовых «Acta non verba» («Слова не дела») - наша общая задача реализовать задуманное.

Окончание на обложке 3



Следуя девизу рода Демидовых
«Acta non verba» – «Слова не дела» –
наша общая задача реализовать задуманное

23 сентября 2023 г.



«...Главное - уметь радоваться обычным вещам, упорно работать и ничего не бояться»

28 сентября в музее истории АГМУ и медицины Алтай прошли мероприятия, посвященные Дню памяти Почетного профессора АГМУ **Гранитова Владимира Михайловича**, и открытие экспозиции, приуроченной к его 85-летию юбилею.

Почтить память выдающегося педагога и наставника пришли сотрудники кафедры инфекционных болезней с курсом ДПО АГМУ, ветераны кафедры, студенты вуза и члены семьи Владимира Михайловича.

На мероприятии своими воспоминаниями о профессоре поделились те, кто близко, на протяжении многих лет работал и общался с ним, с кем его связывали не только рабочие, но и личные взаимоотношения.

Преподаватели кафедры инфекционных болезней с курсом ДПО отметили, что все они в той или иной мере являются учениками Владимира Михайловича, как и многие работающие сегодня в Алтайском крае врачи-инфекционисты. Заведующий кафедрой **Нина Валентиновна Карбышева** и сотрудники кафедры с теплотой, улыбкой и благодарностью вспоминали Владимира Михайловича, читали его стихи...

В честь юбилея профессора Гранитова в музее истории АГМУ и медицины Алтай подготовлены стенд, памятная брошюра и буклет.



Использованы информация и фотографии с сайта www.asmu.ru и доцента О.И. Матрос



Выражаем большую благодарность директору музея медицины Алтай **Ивану Генриховичу Беккеру** и сотруднику музея **Игорю Васильевичу Шаляпину** за огромную работу по организации экспозиции и проведение встречи, посвященной **Гранитову Владимиру Михайловичу**.

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (237) сентябрь, 2023 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год

Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации. Ответственность за достоверность рекламной информации несут рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Время подписания в печать: по графику - 14:00 29.09.2023 г., фактически - 14:00 29.09.2023 г. Дата выхода: 30.09.2023 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова (тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина. Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, с. Барнаул, пр. Ленина, 56. E-mail: nebolen@mail.ru. Группы ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893