

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (257) МАЙ 2025



1945-2025



*Поклонимся великим тем годам,
Тем славным командирам и бойцам,
И маршалам страны, и рядовым,
Поклонимся и мертвым, и живым, -
Всем тем, которых забывать нельзя,
Поклонимся, поклонимся, друзья.
Всем миром, всем народом, всей землей -
Поклонимся за тот великий бой!..*

Прозвучавшие впервые стихи, положенные на музыку великой Александрой Пахмутовой, в эфире 9 мая 1975 года перед скорбной минутой молчания мне, думаю, как и многим другим, - навсегда врезались в память.

Наверное, проще, понятнее и патетичнее высказать слова признательности участникам Великой Отечественной войны, чем это сделал Михаил Львов – поэт-фронтовик, орденоси́нец - уже и не скажешь!..

Не зря песни, стихи военных и послевоенных лет, посвященные событиям Великой Отечественной войны стали для нашего послевоенного поколения неким духовным камертоном, мощным фактором гражданского становления. Даже неким символическим знаком «свой - чужой» (если вдруг не поет, не знает любимых тобой патриотических песен, твой ли это человек?).

Безусловно, сейчас с годами всё более явно понимаешь, какое тяжкое испытание пережили все жители нашей страны. Осознаешь не только мужество и героизм воинов, но и масштабы невероятных по сложности организационных мероприятий в тылу. Только передислокация промышленных предприятий вглубь страны! Или организация работы прифронтовых и тыловых госпиталей (эту тему в преломлении работы их в нашем крае мы подробно освещали). Размещение эвакуированных из временно оккупированных территорий, жителей блокадного Ленинграда. **Невозможно переоценить ту самоотверженность, ту стойкость, которые проявили наши деды и прадеды и наши родители** (которые были в ту пору еще детьми), **чтобы выстоять в те лихие годы и победить!**



От редактора

Думаю, наши дети и внуки в большинстве своем не поведут себя как Иваны, родства не помнящие. И для них и воинский, и трудовой подвиг их предков - не пустые слова. **А нам, взрослым, важно говорить об этой вечной теме - и не только в дни майских праздников.** В этой работе, *именно работе!*, по формированию гражданина своей страны нет мелочей. Это прежде всего - изучение и (или) воссоздание по крупицам истории своей семьи. Знать биографии тех, кто воевал, тех, кто работал в тылу: стоял у станка на военном заводе, работал агрономом, учителем, поваром, медсестрой в эвакуационном госпитале, - это очень значимая составляющая сохранения семейных традиций, духовного наследия.

Патриотизм - это и обустроенные и поддерживаемые в достойном состоянии воинские захоронения и памятники в больших и малых селах и городах. Мне довелось побывать на многих воинских захоронениях, увидеть памятники советским воинам, установленные и в европейских столицах, и в небольших поселениях. До мракобесия последних лет они поддерживались в хорошем состоянии, были местом торжественных памятных мероприятий в майские Победные дни.

...Так мечтала побывать в Пловдиве, где над городом возвышается наш «Алёша»! Его прототип - проживавший в Алтайском крае **Алексей Скурлатов** - для многих ребят стал символом Победы. COVID-19 в 2020 году не дал осуществиться этой моей мечте... Низкий поклон всем тем, кто отстоял этот памятник в наши дни, не дал его разрушить вандалам!

Честно говоря, немного завидую кемеровчанам, которые в 2022 году, после того, как власти Берлина лишили уроженца Кузбасса **Николая Масалова**



звания почетного гражданина Берлина, воздвигли в Кемерово **Мемориал Воину-Освободителю** - копию монумента в берлинском Трептов-парке (*Николай Масалов во время ожесточенных боев 30 апреля 1945 года спас маленькую немецкую девочку и стал своеобразным символом гуманности и милосердия, позднее воплощенном в монументе*).

Въезжая в Барнаул по новому мосту рядом с мемориалом, посвященному присвоению городу почетного звания «Город трудовой доблести» за значительный вклад в Победу в годы Великой Отечественной войны, всегда зрительно представляю памятник «Алёша», «который встанет над горой...» Конечно, это пока только мечта в моем воображении, но может, кто-то и подхватит ее и реализует. Дай Бог!

А мы в семье поем любимые песни, смотрим семейные альбомы, перечитываем странички бабушкиных дневников, сохранившиеся из разных периодов письма. Не забываем посещать и поддерживать Часовню А.Невского в Новоалтайске, в конце мая высаживаем вокруг нее клумбы.

Пусть у каждого в жизни будут «Моя страна! Родина! Семья!» и символы, которые важны, дороги и не позволят предать эти самые главные смыслы человеческой жизни. Это залог нашей Победы! ☺

**Ирина Козлова,
главный редактор,
сопредседатель регионального штаба
Народного фронта**



Поздравляем победителей краевого этапа Всероссийских конкурсов!

В 2025 году в региональном этапе Всероссийских конкурсов врачей и «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» приняли участие 61 специалист - 33 врача и 28 средних медработников из 16 медицинских организаций.

Министерством здравоохранения Алтайского края сформированы конкурсные комиссии, которые и определили победителей в 24 номинациях. Ими стали 39 специалистов, которые награждены дипломами и денежной премией.

Двадцать победителей регионального этапа, занявших первое место, представят Алтайский край в финале Всероссийских конкурсов.

Победители краевого этапа Всероссийского конкурса врачей

В номинации «Лучший анестезиолог-реаниматолог»:

первое место - АЗАРОВ Евгений Николаевич, заведующий отделением анестезиологии-реанимации, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Дет-



ская городская клиническая больница №7, г.Барнаул»;

второе место - САМСОНОВ Алексей Александрович, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ



«Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул»;

третье место - ПОПОВА Евгения Владимировна, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».



В номинации «Лучший акушер-гинеколог»:

первое место - АРТЁМЕНКО Анастасия Николаевна, врач-акушер-гинеколог КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».

В номинации «Лучший врач по диагностическим исследованиям»:

первое место - МОРКОВИНА Виктория Александровна, заведу-



ющая рентгенологическим отделением, врач-рентгенолог КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул»;
второе место - БАЕВА Валентина Владими-



ровна, врач ультразвуковой диагностики отделения лучевой диагностики КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул»;

третье место - **НАСОНОВ Владислав Владимирович**, заведующий эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист КГБУЗ «Краевая клиническая больница».



В номинации «Лучший педиатр»:
первое место - **ТЕМНИКОВА Светлана Ивановна**, заведующая педиатрическим отделением, врач-педиатр участковый КГБУЗ «Детская городская больница №1, г.Барнаул».

В номинации «Лучший врач скорой медицинской помощи»:

первое место - **ЗЫЛЁВ Андрей Борисович**, заведующий подстанцией СМП, врач скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул».



В номинации «Лучший хирург»:
первое место - **ШЕСТАКОВ Дмитрий Юрьевич**, заведующий операционным блоком, врач-хирург КГБУЗ «Краевая клиническая больница



скорой медицинской помощи №2»;

второе место - **ШИПИЛОВ Николай Иванович**, врач-хирург отделения гнойной хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

третье место - **РОЛЬГЕЙЗЕР Евгений Петрович**, врач-нейрохирург КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».



В номинации «Лучший врач лабораторной диагностики»:



первое место - **ТАРАСОВА Ирина Николаевна**, заведующая лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2».

В номинации «Лучший невролог»:

первое место - **БАЛАЕВА Ольга Владимировна**, врач-невролог КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул».



В номинации «Лучший травматолог-ортопед»:

первое место -



МЕНЬШИКОВ Андрей Александрович, врач-травматолог-ортопед КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».



В номинации «Лучший участковый терапевт»:

первое место - **ПОЛЯНСКАЯ Наталья Вячеславовна**, врач-терапевт участковый КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул».



Поздравляем!



В номинации «Лучший инфекционист»:

первое место - АНАНЬЕВА Анна Валерьевна, врач-инфекционист КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2».

второе место - ЛУКАШИНА Елена Анатольевна, врач-инфекционист

КГБУЗ «Ребрихинская центральная районная больница».

В номинации «Лучший руководитель медицинской организации»:



первое место - НОЖКИНА Ольга Николаевна, заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ

«Городская поликлиника №9, г.Барнаул»;

второе место - ПРОКОЛОВА Ольга Викторовна, заведующая кабинетом, врач-методист КГБУЗ «Зональная центральная районная больница».



В номинации «Лучший врач-эксперт»:

первое место - ГЕРВАЛЬД Виталий Яковлевич, заведующий патологоанатомическим отделением, врач-патологоанатом КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».



В номинации «Лучший оториноларинголог»:

первое место - НЕСТЕРЕНКО Татьяна Геннадьевна, заведующий отоларингологическим отделением, врач-оториноларинголог КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

В номинации «Лучший врач медицинской реабилитации»:

первое место - УНЖАКОВА Екатерина Александровна, заведующая отделением медицинской реабилитации, врач по лечебной физкультуре КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2».



В номинации «Лучший санитарный врач»:

первое место - ПЕТРОВА Александра Анатольевна, заведующая эпидемиологическим отделом, врач-эпидемиолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;



второе место - МИНАКОВА Мария Валентиновна, заведующая отделом, врач-эпидемиолог (отдел эпидемиологии) КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями».

Победители краевого (второго) этапа Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским

и фармацевтическим образованием»

В номинации «Лучший фельдшер»:

первое место - ТРАВНИКОВА Елена Вячеславовна, фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул»;



*второе место - ЧЕПУР-
НАЯ Анна Михайловна,*
фельдшер скорой медицин-
ской помощи КГБУЗ «Бла-
говещенская центральная
районная больница».

**В номинации «Лучшая
медицинская сестра»:**

*первое место - ШУБКИ-
НА Лилия Викторовна,* ин-
структор по лечебной физ-
культуре отделения меди-
цинской реабилитации
взрослых с нарушением функции периферической



нервной системы и костно-
мышечной системы КГБУЗ
«Краевая клиническая боль-
ница»;

*второе место - СОЗИ-
НОВА Инна Александров-
на,* медицинская сестра-ане-
стезист отделения анестезио-
логии-реанимации КГБУЗ
«Краевая клиническая боль-
ница»;



*третье место - СТЕ-
ФАНОВСКАЯ Ольга
Александровна,* операци-
онная медицинская сестра
КГБУЗ «Краевая клини-
ческая больница скорой ме-
дицинской помощи».



медицинская сестра КГБУЗ
«Краевая клиническая
больница скорой медицин-
ской помощи»;

*третье место - АГАФО-
НОВА Юлия Вячеславовна,*
медицинская сестра КГБУЗ
«Городская детская поликли-
ника №7, г. Барнаул».

**В номинации «Луч-
шая участковая меди-
цинская сестра»:**

*второе место - БОН-
ДАРЬ Анна Николаевна,*



Н.В. Титова

**В номинации «Лучшая старшая медицин-
ская сестра»:**

*второе место - ТИТОВА Наталья Владимиров-
на,* старшая операционная медицинская сестра КГБУЗ
«Краевая клиническая боль-
ница скорой медицинской по-
мощи №2»;

*третье место - БОТКИ-
НА Тамара Георгиевна,*
старшая медицинская сестра
КГБУЗ «Городская больница
№3, г. Барнаул».



**В номинации «Лучший
лаборант»:**

*первое место - МИНАКО-
ВА Татьяна Геннадьевна,* ме-



дицинский технолог
КГБУЗ «Краевая клини-
ческая больница»;

*второе место - КРЮ-
КОВА Оксана Анатоль-
евна,* медицинский техно-
лог КГБУЗ «Консульта-
тивно-диагностическая по-
ликлиника №14, г. Барна-
ул»;



*третье место -
ТРЫШКИНА Кристина
Анатольевна,* медицин-
ский технолог КГБУЗ
«Детская городская боль-
ница №7, г. Барнаул».



«Кра-евая клиническая больница»;
*второе место - НАУМКИН
Алексей Александрович,* фельд-
шер КГБУЗ «Станция скорой ме-
дицинской помощи, г. Барнаул».

**В номинации «За
верность профессии»:**

*первое место - ФРО-
ЛОВА Юлия Александр-
овна,* гла-
вная ме-
дицинс-
кая се-
стра
КГБУЗ



Как предупредить злокачественные новообразования кожи



**Елена Владимировна
ТАРАСЕНКО,**
врач-онколог
амбулаторного приема;



**Татьяна Владимировна
СИНКИНА,**
заведующая поликлиникой
«Надежда», кандидат
медицинских наук,
врач-онколог высшей
квалификационной
категории,

- КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Рак кожи - одно из самых частых онкологических заболеваний, но при этом и самый предотвратимый. Первые проявления заболевания можно заметить без специального оборудования и сложных анализов. Чтобы избежать развития рака кожи, достаточно соблюдать правила пребывания на солнце и внимательно следить за состоянием кожных покровов.

С 1990 года заболеваемость раком кожи в России выросла на 12-16%, уступив лишь раку щитовидной и предстательной желез.

Небезобидные новообразования

Известно несколько видов новообразований кожи, которые имеют злокачественный характер или злокачественный потенциал.

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА

На ее долю приходится около 75% всех случаев рака кожи. Патология также известна под именами «базалиома», «канкроид кожи», «карциноид кожи», «кориум-карцинома».

Чаще опухоль располагается на лице, выглядит как **бляшка интенсивной розовой окраски, покрытая чешуйками**. На поздних стадиях изъязвляется, появляется характерный зловонный запах.

Отличается чрезвычайно редким метастазированием, но способна к обширному местному росту, который приводит к существенным косметическим и функциональным нарушениям.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ, ИЛИ СКВАМОЗНО-КЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА

Вторая по распространенности форма рака кожи, характеризуется **аномальным, ускоренным ростом плоских клеток**.

При раннем выявлении плоскоклеточная карцинома в большинстве случаев **излечима**.

Этот вид рака кожи обычно **возникает на открытых участках кожи**. Локальная деструкция может быть весьма выраженной, на поздних стадиях могут возникать метастазы.

НЕВУСЫ КОЖИ

Более известны, как родинки. Доброкачественные новообразования, которые под воздействием определенных факторов могут малигнизироваться, то есть перейти в рак.

Эпидермо-дермальные невусы обладают самой высокой склонностью к малигнизации. Чаще всего располагаются на голове, шее, ладонях или стопах. Выглядят как небольшой, плоский и слегка выступающий над поверхностью кожи узелок, имеют цвет от светло-коричневого до черного. Поверхность - гладкая, почти всегда без оволосения.

Комбинированные, смешанные невусы в настоящее время рассматриваются как **доброкачественная ювенильная меланома**. Могут развиваться как у детей, так и у взрослых, но чаще всего возникают в период полового созревания. Новообразование может быть розовато-красного цвета и внешне напоминать гематому (синяк) или ангиокератому (сосудистый пучок на коже). Обычно его поверхность гладкая, но может быть и папилломатозной (бугристой).



Дермальные невусы, чаще всего встречается синий (голубой) невус. Выглядит как гладкий округлый, четко ограниченный узелок размером от 4мм до 2см. Его классическая синяя окраска может иметь серо-синий или угольно-черный оттенок. Располагается обычно на коже лица или верхних конечностей.

МЕЛАНОМА

Является наиболее опасным видом рака кожи. Опухоль развивается из меланоцитов - пигментных клеток, вырабатывающих меланин - коричневый пигмент, который появляется на коже вследствие загара. Меланома часто рецидивирует и метастазирует почти во все органы.

Ранняя диагностика меланомы имеет первостепенное значение в определении прогноза лечения заболевания. Во время профессионального осмотра врач изучает изменение за последнее время размеров, формы (геометрии), цвета, границ и высоты новообразования.

Факторы риска

Высокий риск развития любого из этих видов рака кожи имеют люди, которые:

- ◆ в детстве получили солнечный ожог,
- ◆ проводят много времени на солнце, любители основательно позагорать,
- ◆ имеют на коже много родимых пятен или родинок,
- ◆ скандинавского типа: светлая кожа и волосы, румянец, чаще - голубые глаза,
- ◆ имеют близких родственников (родители, родные сестры или братья), которые болели (-ют) меланомой.

Как защититься от рака кожи?

Ультрафиолетовые лучи разрушают клетки кожи. Если излучения слишком много и имеющиеся средства защиты с ним не справляются, - происходит ожог глубоких слоев кожи.

Первые симптомы ожога - покраснение кожи и болезненность при прикосновении. Спустя некоторое время поврежденная кожа темнеет: в ее клетках в большом количестве вырабатывается меланин. Чем больше ультрафиолета попадает на кожу, тем больше меланина, задача которого - поглощение излучения и защита глубоких слоев кожи. Поэтому **загар всегда является признаком повреждения кожи** и того, что она нуждается в защите.



Каждая доза ультрафиолетового облучения приплюсовывается к уже полученной. **Наиболее опасно появляться на солнце днем - с 11 до 15 часов во время наиболее активного солнечного излучения.**

Подбираем средство защиты

Средства защиты кожи различаются по значению SPF (от англ. *Sun Protect Factor*). Эти буквы сообщают о том, *насколько сильно один слой средства поглощает ультрафиолет.* Санскрины (*sunscreen*) защищают в основном от ультрафиолетовых лучей диапазона В (UVB) и не защищают от лучей диапазона А (UVA), которые и вызывают меланому. **Чтобы защитить кожу от обоих типов излучения, используйте санблоки (*sunblock*).**

До 35% солнечного излучения поступает на кожу в виде *инфракрасного (теплого) излучения.* Для защиты от этого спектра существуют **средства с маркировкой IRA.**

Для губ, которые тоже нуждаются в защите, выпускают **губные помады с SPF.**

Ранняя диагностика меланомы имеет первостепенное значение в определении прогноза лечения заболевания. Врач изучает изменение за последнее время размеров, формы, цвета, границ и высоты новообразования.



Победим свой страх!



Ультрафиолетовые лучи разрушают клетки кожи. Если излучения слишком много и имеющиеся средства защиты с ним не справляются, - происходит ожог глубоких слоев кожи.

Все защитные средства подбираются в зависимости не только от типа кожи, но и от местности, в которой человек находится. **Чем светлее кожа и ярче (активнее) солнце, тем выше SPF.**

Обычно кожа лица выдерживает больше излучения, поскольку привычна к нахождению на солнце. Теоретически она требует средства с меньшим SPF, но **лучше использовать для лица и тела одинаковые средства с максимальным SPF для вашего типа кожи.**

Определяем свой фототип кожи

Фототипы помогают определить, как кожа лица и тела реагирует на ультрафиолетовое излучение, а также оценить риск возникновения злокачественных новообразований. По чувствительности к УФ-лучам существует шесть фототипов кожи.

КЕЛЬТСКИЙ ТИП

Кельтский (скандинавский) тип кожи встречается преимущественно среди выходцев из Великобритании и северной части Европы.

Кожа очень светлая, молочно-белая или розовато-бежевая с веснушками. *Волосы* очень светлые или рыжие. *Глаза* чаще голубые, серые или зеленые.

Реакция на ультрафиолет: кожа не покрывается загаром, высок риск солнечных ожогов и гиперпигментации, существует склонность к фотостарению.

Рекомендации: избегать прямых солнечных лучей или использовать

солнцезащитные средства с высоким фактором защиты (SPF 50 и выше). При неактивном солнце (зимой или в облачную погоду) без адекватной защиты допустимо оставаться на воздухе *до 67 минут*, под палящим солнцем - *всего 5-7 минут*.

НОРДИЧЕСКИЙ АРИЙСКИЙ ТИП

Нордический фототип часто можно встретить у обитателей центральных и северных частей Европейского континента.

Кожа светлая, порой присутствуют веснушки. *Волосы* светло-русые, русые, светло-каштановые. *Глаза* голубые, серые, зеленые.

Реакция на ультрафиолет: кожа слегка покрывается загаром, который быстро сходит, высок риск солнечных ожогов, есть склонность к фотостарению.

Рекомендации: солнцезащитные средства с фактором защиты SPF 30-50. Без средств с SPF на неактивном солнце безопасно находиться *до 100 минут*, на активном - *до 10 минут*.

ТЕМНЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ТИП

Европейский тип в некоторых источниках называют среднеевропейским, поскольку обладатели этого фототипа проживают в центральной части Европейского континента.

Кожа смугловатая или цвета слоновой кости. *Волосы* от темно-русого блондина до светлого или темного шатена. *Глаза* карие, светло-карие.

Реакция на ультрафиолет: кожа хорошо покрывается стойким загаром, риск солнечных ожогов невелик, есть склонность к фотостарению.

Рекомендации: солнцезащитные средства с показателем SPF 30. Без защиты под неактивным солнцем безопасно находиться *не более 200 минут*, при высокой солнечной активности - *до 20 минут*.

СРЕДИЗЕМНОМОРСКИЙ ИЛИ ЮЖНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ТИП

Обладатели средиземноморского фототипа живут на юге Европы, в Азии, Южной Америке и Кавказском регионе.

Кожа смуглая. *Волосы* каштановые, темно-каштановые. *Глаза* карие или черные.



Реакция на ультрафиолет: кожа очень хорошо покрывается загаром, но склонна к фотостарению, риск солнечных ожогов минимальный.

Рекомендации: солнцезащитные средства с показателем SPF 20-30. Без защиты под неактивным солнцем можно находиться *до 300 минут*, при активном солнечном излучении - *до 30 минут*.

ИНДОНЕЗИЙСКИЙ ИЛИ СРЕДНЕ- ВОСТОЧНЫЙ ТИП

Индонезийский фототип характерен для жителей юга и востока Азиатского континента.

Кожа желтоватая, коричневая. *Волосы* темно-каштановые или черные. *Глаза* карие или черные.

Реакция на ультрафиолет: на кожу легко ложится загар, риск солнечных ожогов крайне низкий, существует склонность к фотостарению.

Рекомендации: солнцезащитные средства с фактором защиты SPF 10-20. Под неактивным солнцем безопасно находиться *400 минут*, в пике солнечной активности лучше сократить пребывание под прямыми лучами *до 40 минут*.

АФРОАМЕРИКАНЦЫ

Афроамериканский (африканский) фототип кожи типичен для населения Африки, Америки и коренных жителей Австралии.

Кожа очень темная. *Волосы* темно-каштановые, черные. *Глаза* карие, черные.

Реакция на ультрафиолет: загар совпадает с естественным оттенком кожи, риск солнечного ожога стремится к нулю, возможно фотостарение.

Рекомендации: допустимо обходиться без специальных солнцезащитных средств при условии разумного времени инсоляции. При неактивном солнце безопасно находиться вне помещения *около 500 минут*, при высокой солнечной активности - *50 минут*.

Правила нанесения средств защиты

◆ При нанесении солнцезащитного крема действует **правило ладони**: на площадь кожи, равную ладони, наносится количество солнцезащитного средства, уместающееся на ногте пальца.



◆ Нанесение большего количества крема защиту не усилит - **лучше его почаще обновлять**.

◆ **Втирание улучшает проникновение средства в клетки кожи.** Спрей действует более поверхностно, крем - глубже.

◆ **Обновляйте солнцезащитное средство каждые два часа.** А если вы купаетесь и потеете - еще чаще.

Первые дни на пляже

Крем кремом, но ничего более универсального и эффективного, чем одежда для защиты кожи от ультрафиолета не придумано.

Первые дни на юге постарайтесь сильно не раздеваться, привыкайте к инсоляции постепенно.

Раздеваясь, используйте солнцезащитные средства.

Загорать начинайте под тентом.

Проверьте себя

Начать беречь свою кожу прямо сейчас недостаточно для сохранения ее здоровья. **Проанализируйте, как вы загорали в прошлом.** Риск побочных явлений существенно увеличивается, если у человека уже были серьезные солнечные ожоги.

Появление пигментных пятен на коже - очень тревожный признак. Возможно, это свидетельствует о начале образования меланом.

Рассмотрите свои пигментные пятна и родинки, особенно, если они ранее травмировались. Изменение их окраски и очертаний, появление кровоточивости - повод обратиться к врачу-дерматологу. ☺

Теоретически кожа лица требует средства с меньшим SPF, но лучше использовать для лица и тела одинаковые средства с максимальным SPF для вашего типа кожи.



Инсулинотерапия.

Устройства для введения инсулина



Евгения Анатольевна ТАЙЛАКОВА,

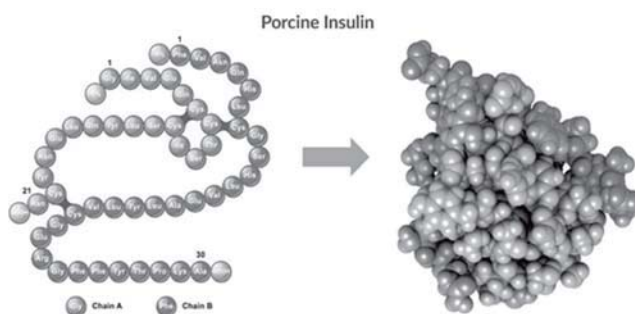
главный внештатный специалист детский эндокринолог министерства здравоохранения Алтайского края, врач - детский эндокринолог отделения дневного стационара КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

В 2021 году исполнилось 100 лет со дня открытия инсулина - события, навсегда изменившего жизнь людей с сахарным диабетом. Сегодня пациенты ежедневно сталкиваются с чудом инсулинотерапии. Болезнь, от которой в 1920 году дети и подростки умирали в течение двух лет, превратилась в болезнь, которую можно контролировать и прожить с ней долгую продуктивную жизнь.

К сожалению, пока ни в одной стране мира не могут полностью излечить сахарный диабет. Поэтому **инсулинотерапия** на сегодняшний день **остается единственным и основным методом лечения сахарного диабета первого типа.**

Напомню, что *инсулин - это гормон, который продуцируется в специальных клетках поджелудочной железы и выделяется в кровь в ответ на прием пищи.*

Заместительная инсулинотерапия является основным и неотъемлемым компонентом и единственным медикаментозным методом лечения са-



харного диабета первого типа у детей и взрослых. **Цель проведения инсулинотерапии у больных с сахарным диабетом** - в максимальной степени имитировать колебания уровня инсулина, которое происходят в организме здорового человека. Поэтому во всех возрастных группах важно достичь и поддерживать близкий к физиологическому уровню инсулинемию и оптимальный гликемический контроль.

Правильно подобранная доза инсулина, умение изменить ее в случае необходимости (гипо- или гипергликемия, изменения в питании, занятия спортом, заболевание), правильное питание и проведение самоконтроля позволят ребенку чувствовать себя так же хорошо, как и другие дети, успевать в школе, заниматься физкультурой и играть в спортивные игры со своими товарищами.

Дорогие родители! Не подвергайте жизнь своих детей неоправданному риску, используя иные, нежели инсулин, методы лечения! Не тратьте на это время, силы, средства и надежду!

Интересные факты об инсулине

- *Островки поджелудочной железы, где вырабатывается инсулин, названы в честь ученого Пауля Лангерганса.*

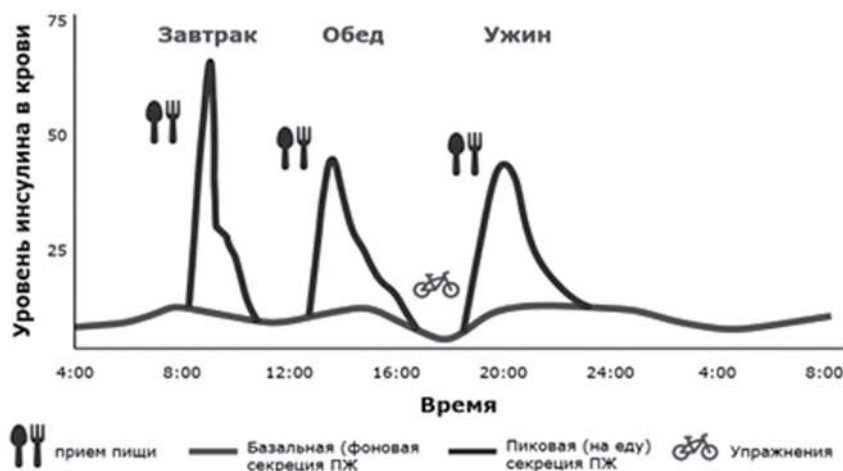
- *Инсулин свиньи наиболее близок к человеческому и отличается от него всего одной аминокислотой. Людям удалось заменить эту аминокислоту и практически стереть разницу.*

- *Инсулин помогает глюкозе проникнуть внутрь клеток, где она расщепляется и преобразуется в энергию. Если глюкоза поступает в организм в избытке, инсулин перераспределяет ее излишки в печень, мышцы, жировую ткань - там, где она откладывается про запас.*

- *Ученые разрабатывают «умный» инсулин, который будет самостоятельно корректировать свою активность в ответ на рост или снижение концентрации глюкозы в крови. Например, в России разрабатывается инсулин сверхдлительного действия, позволяющий ограничиться одной инъекцией в неделю.*



Здоровая поджелудочная железа



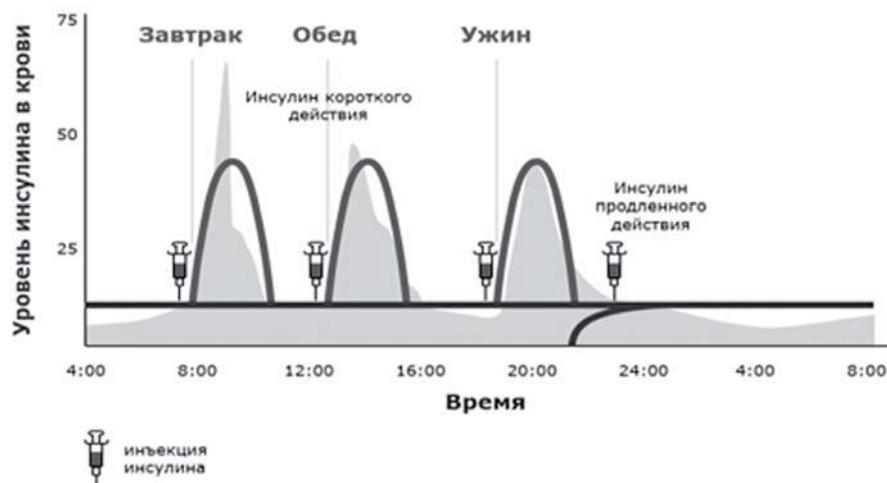
Подбираем инсулин

Доза инсулина подбирается для каждого ребенка индивидуально. Обычно доза возрастает с увеличением длительности заболевания и наступлением периода половой зрелости. Кроме того, доза инсулина изменяется в зависимости от степени компенсации углеводного обмена.

ПОМНИТЕ: чем лучше компенсация сахарного диабета и ближе к нормальному уровню сахара в крови, тем выше чувствительность к инсулину.

Исходную дозу инсулина и схему его введения подбирает врач. Самостоятельно нужно уметь правильно набирать необходимое количество инсулина, знать, куда его

Шприц-ручки



Психологические проблемы при инъекциях инсулина

Эмоциональные и психологические проблемы, препятствующие эффективному проведению инъекционной терапии, могут отмечаться у любого пациента с сахарным диабетом на любом этапе лечения. И у пациентов разного возраста возникновение и выраженность психологической инсулинорезистентности могут объясняться различными факторами.

● **Выражайте сочувствие** пациентам, откликаясь на их эмоциональный дискомфорт; **волнение - нормальное состояние** при первом приеме нового лекарства, особенно в виде инъекций.

● **Мотивируйте** всех пациентов, особенно детей, выражать чувства в отношении инъекций инсулина, в том числе злость, фрустрацию и другие.

● **Объясняйте пациентам, что инсулин - не наказание**, а одно из наиболее эффективных средств достижения контроля сахарного диабета.

● **Оказывайте помощь пациентам в обеспечении максимально возможного контроля** при планировании терапевтического режима с учетом особенностей образа жизни.



Школа сахарного диабета



рация в крови была близка физиологическому ритму его секреции у здоровых людей. При этом максимальное действие инсулина должно совпадать по времени с пиком уровня глюкозы в крови после еды.

Существует несколько различных видов инсулина, помогающих добиться этого.

По времени действия все препараты инсулина можно разделить на следующие группы:

- ▶ инсулины сверхбыстрого действия,
- ▶ ультракороткого действия,
- ▶ инсулины короткого действия,

- ▶ инсулины средней продолжительности действия,
- ▶ инсулины длительного действия,
- ▶ инсулины сверхдлительного действия.

Инсулин начинает действовать только тогда, когда он попадет из места введения в кровь и транспортируется по всему организму. Процесс всасывания инсулина идет постепенно, поэтому, говоря о действии инсулина, используют понятия «*начало действия*», «*максимум действия*» и «*продолжительность действия*».

Наиболее близко физиологической секреции соответствует так называемая **интенсифицированная схема инсулинотерапии**. В качестве базального инсулина вводится пролонгированный инсулин, назначение которого поддерживать в крови целевой уровень сахара в промежутках между едой и ночью. Роль «пищевого» инсулина, который вырабатывается поджелудочной железой у здоровых людей в ответ на прием пищи, играют *инсулины сверхбыстрого действия и инсулины ультракороткого действия*.

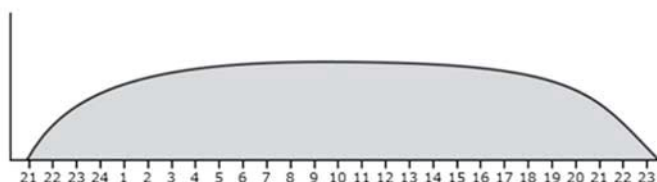
Устройства для введения инсулина ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСУЛИНОВЫЕ ШПРИЦЫ

Бывают ситуации, когда по различным причинам использование шприц-ручки невозможно: напри-

Аналоги инсулина сверхдлительного, длительного действия и инсулины средней продолжительности действия

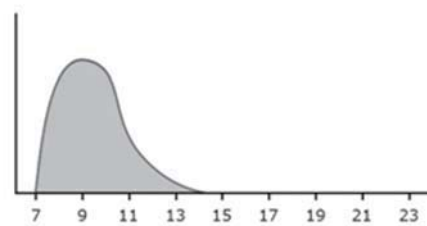
Аналоги инсулина сверхдлительного, длительного действия и инсулины средней продолжительности действия

Начало действия — через 1-2 ч
Максимум действия — не выражен



Профиль действия аналогов инсулина длительного и сверхдлительного действия

Начало действия — 5-15 мин
Максимум действия — через 1-2 ч
Продолжительность действия — 4-5 ч



Профиль действия аналогов инсулина ультракороткого действия



мер, она может сломаться, ее можно потерять или забыть. В этом случае для введения инсулина также могут использоваться и **одноразовые пластиковые шприцы со встроенной иглой**, предназначенные для определенной концентрации инсулина - 100 или 40ЕД в 1мл.

Шприцы ранее использовались в основном для введения инсулина из больших флаконов, не предназначенных для шприц-ручек. Концентрация инсулина во флаконах была чаще 40ЕД в 1мл, реже - 100ЕД в 1мл. Поэтому **нужно обязательно обращать внимание на то, на какую концентрацию инсулина рассчитан данный шприц**. Если набрать инсулин из пенфилла (концентрация 100ЕД/мл) при помощи 40-единичного шприца, то набранная доза окажется в 2,5 раза больше, что может привести к тяжелой гипогликемии.



НИКОГДА не используйте инсулиновые 40-единичные шприцы для введения инсулина из картриджей для шприц-ручек: в них инсулин 100-единичной концентрации! Это приведет к ошибке в дозе введенного инсулина!

На каждом инсулиновом шприце есть информация, для инсулина какой концентрации он предназначен (U-40 или U-100).

Шприц-ручки

Это несложное, чрезвычайно удобное устройство внешне похоже на шариковую ручку, на одном конце которой находится игла, а на другом - нажимная кнопка. Внутри шприц-ручки вставляется баллончик



с инсулином, который называется также *картриджем* или *пенфиллом*, а на передний конец ручки накручивается стерильная тонкая игла, покрытая двойным колпачком.

Ручки, заправленные пенфиллами, выполняют функцию шприца и содержат достаточно инсулина для использования в течение многих дней.

Количество инсулина, необходимое для каждой инъекции, устанавливается поворотом хвостовой части ручки на необходимое число единиц.

Кроме того, шприц-ручка в собранном виде устроена так, что игла защищена от случайных соприкосновений двойной оболочкой, что позволяет носить ее в кармане одежды или в портфеле. Открывается игла только перед уколом.

Правила хранения и использования инсулина

Запас инсулина нужно хранить **в холодильнике** при температуре +2...+8°C.

Используемая шприц-ручка с картриджем инсулина не должна храниться в холодильнике.

Аспарт, Лизпро, Глилизин, Гларгин хранить при комнатной температуре (до +30°C) не более четырех недель.

Детемир - не более 6 недель.

Деглудек - не более 8 недель.

Не замораживать!

Не нагревать выше 40°C!

Не подвергать воздействию прямых солнечных лучей. ☹

На каждом инсулиновом шприце есть информация, для инсулина какой концентрации он предназначен.



Безопасная прогулка в лес

Что нужно обязательно взять с собой, если вы собрались в лес, и что делать, если заблудились? Главное - тщательно и обдуманно готовьтесь к прогулке.

Как собраться

◆ Скажите близким или соседям, куда и на какое время вы уходите.

◆ Наденьте яркую одежду - в случае ЧП спасателям будет легче вас обнаружить.

◆ Одевайтесь тепло - в лесу холоднее, чем в городе. Вещи должны быть из непромокаемых материалов. Никаких коротких рукавов и штанин - так вы надежнее защитите себя от насекомых и клещей, меньше оцарапаетесь от веток. Также захватите дождевик. Одежда должна быть прочной и удобной.

◆ Лучше надеть высокие ботинки или резиновые сапоги. Они полезнее в заболоченных местах и там, где тропы не просохли от дождей. Также высокая обувь не позволит змее укусить вас, если вы случайно на нее наступите.

◆ Захватите термос с чаем или бодрящим кофе. Не забудьте и про воду. Важно иметь с собой запас еды, легкой, но питательной. Причем, у вас должен сохраняться неприкосновенный запас еды и воды до того самого момента, как вы выйдете из леса окончательно.

◆ Спички, фонарик и аптечка - это экстренный набор, но в лесу бывает всякое и вы должны суметь помочь себе сами. В аптечку стоит положить бинт, пластырь, антисептик, обезболивающее, антигистаминное и те лекарства, которые вы регулярно принимаете.

◆ Возьмите с собой свисток - звук от него распространяется дальше, чем человеческий голос.

◆ Изучите карту местности, чтобы понимать, что находится на севере, юге, западе и востоке от того места, куда вы собираетесь. Хорошо, если



есть компас (его можно установить в смартфоне), и вы умеете им пользоваться.

◆ Помимо смартфона возьмите и полностью заряженный кнопочный телефон - он может работать без подзарядки 2-3 недели (если включать его только при необходимости и держать в тепле, например, в нагрудном кармане).

◆ Научитесь отправлять данные о местоположении через мессенджеры: в них есть функция «Поделиться геоданными».

Если вы заблудились

Не паникуйте. Остановитесь, осмотритесь по сторонам и подумайте, откуда вы пришли.

Прислушайтесь. Звуки техники, лай собак, шум поезда укажут, куда идти.

Позвоните по номеру 112. Если есть связь, сразу вызовите спасателей и предупредите родственников. Затем переведите телефон в энергосберегающий режим и держите его в сухом месте.

Подавайте сигналы. Разведите костер - дым от него видно издалека. Или создавайте шум: можно кричать или стучать палкой по деревьям - такой звук далеко расходится по лесу. На открытой местности установите опознавательные знаки, например кресты из веток.

Если решите идти - выбирайте цели. Ищите ручьи, реки, линии электропередачи и двигайтесь вдоль них.

Экономно расходуйте воду, пейте маленькими глотками. Укрывайтесь от солнца и меньше двигайтесь, чтобы не потеть. Пить из открытых источников, луж небезопасно!

Не ешьте грибы и ягоды. Если вы отравитесь, можете получить обезвоживание. Если запасы кончились, лучше некоторое время поголодать.

Ночёвка. Выберите сухое место, сделайте шалаш из веток деревьев или ельника, поддерживайте костер. ☺





Внематочная беременность: что важно знать каждой женщине

Беременность наступает в результате оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом (мужской половой клеткой) в ампулярном, самом широком, отделе маточной трубы. Маточная труба выполняет важную роль: ее стенки мягко сокращаются, а реснички, выстилающие внутреннюю поверхность, продвигают эмбрион в сторону матки, где он и должен прикрепиться и начать развиваться.

Но в ряде случаев всё идет по другому сценарию, когда эмбрион имплантируется вне полости матки - это **внематочная или эктопическая беременность**. В 99% случаев прикрепление происходит в маточной трубе, реже - в шейке матки, яичнике или других органах. Это состояние связано с серьезным риском, поскольку ни один орган, кроме матки, не предназначен для вынашивания беременности. Так как эти органы не способны адаптироваться к росту эмбриона и создавать условия для его развития, может произойти их разрыв, что сопровождается внутренним кровотечением. **Внематочная беременность - угрожающее жизни состояние, без медицинской помощи оно может закончиться трагически.**

Статистика

Внематочная беременность встречается примерно у **1-2%** всех беременных. Благодаря современным методам ранней диагностики, улучшению качества неотложной помощи, а внедрению малоинвазивных технологий за последние десятилетия уровень неблагоприятных исходов при этом состоянии значительно снизился.

Сегодня в развитых странах смертность от внематочной беременности составляет **около 0,1-0,2%**. В России эти показатели несколько выше, чем в странах Европы и в США. Однако имеется тенденция к снижению летальности от данной патологии. В Алтайском крае ежегодно регистрируются **более 500 случаев** внематочной беременности. В большинстве случаев свое-

временная медицинская помощь позволяет избежать серьезных осложнений.

Факторы риска

Почему наступает внематочная беременность? Причин этому много, но все они так или иначе нарушают процесс передвижения яйцеклетки по маточной трубе. Наиболее частые факторы риска:

- **воспалительные заболевания органов малого таза**, причиной которых нередко становятся инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорея). Они могут вызывать воспаление и образование спаек в маточных трубах, нарушая их проходимость и затрудняя продвижение яйцеклетки. Следует отметить, что перенесенные аборт могут способствовать развитию хронических воспалительных процессов, повышая риск внематочной беременности;

- **курение**: никотин негативно влияет на функционирование ресничек внутри маточных труб, замедляя транспортировку оплодотворенной яйцеклетки. У курящих женщин риск развития внематочной беременности в четыре раза выше по сравнению с некурящими. Пассивное курение также увеличивает вероятность эктопической беременности;

- **наличие внематочной беременности в прошлом** существенно повышает риск ее повторного возникновения. Послеоперационные изменения (рубцы и спайки) могут нарушать проходимость и нормальную работу маточных труб. Это касается и хирур-



**Татьяна Ивановна
ГОРБАЧЕВА,**

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



**Анна Константиновна
КАРАВОЗОВА,**

ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России



Во всех случаях, когда есть подозрение на внематочную беременность, женщина подлежит обязательной госпитализации. Это необходимо для проведения уточняющей диагностики и тщательного наблюдения за ее состоянием.

гических вмешательств на органах малого таза в прошлом, которые у некоторых женщин приводят к спаечной болезни, нарушающей функционирование маточных труб;

● **внутриматочные контрацептивы (ВМК)** - один из самых надежных и длительно действующих методов предупреждения нежелательной беременности. Однако, как и любое средство контрацепции, ВМК не дают абсолютной гарантии. В редких случаях, когда беременность всё же наступает при установленной спирали, повышается риск ее внематочной локализации. По данным исследований, у женщин с ВМК вероятность наступления какой-либо беременности составляет 1-2%, и примерно половина из этих беременностей оказывается внематочной;

● **экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)** связано с повышенным риском развития внематочной беременности. Важно помнить, что даже современные вспомогательные репродуктивные технологии, несмотря на свою высокую эффективность, не исключают вероятность эктопической имплантации эмбриона;

● **возраст** старше 35 лет.

Важно понимать, что наличие факторов риска - это не приговор, поскольку некоторые из них можно контролировать, как, например, отказ от курения, профилактика и лечение половых инфекций, своевременные консультации у гинеколога.

Симптомы

На ранних этапах внематочной беременности женщина может не ощущать никаких необычных симптомов. Обнаружив задержку менструации, она делает тест на беременность, который показывает положительный результат. Однако в некоторых случаях радость оказывается преждевременной - беременность развивается не в полости матки, а в другом месте, не предназначенном для вынашивания.

Появление следующих симптомов должно стать поводом для немедленного обращения к врачу:

◆ **острые или тянущие боли внизу живота** (чаще с одной стороны) на фоне задержки менструации;

◆ **кровянистые выделения** из половых путей при положительном тесте на беременность;

◆ **внезапное ухудшение самочувствия**: головокружение, обморок, слабость на фоне резкой боли в животе.

Особую настороженность должны вызывать ситуации, когда боль усиливается, отдает в плечо или задний проход, появляется слабость, головокружение, холодный пот. Эти признаки могут указывать на значительное внутреннее кровотечение - при их появлении нужно немедленно вызвать скорую помощь!

Методы обследования

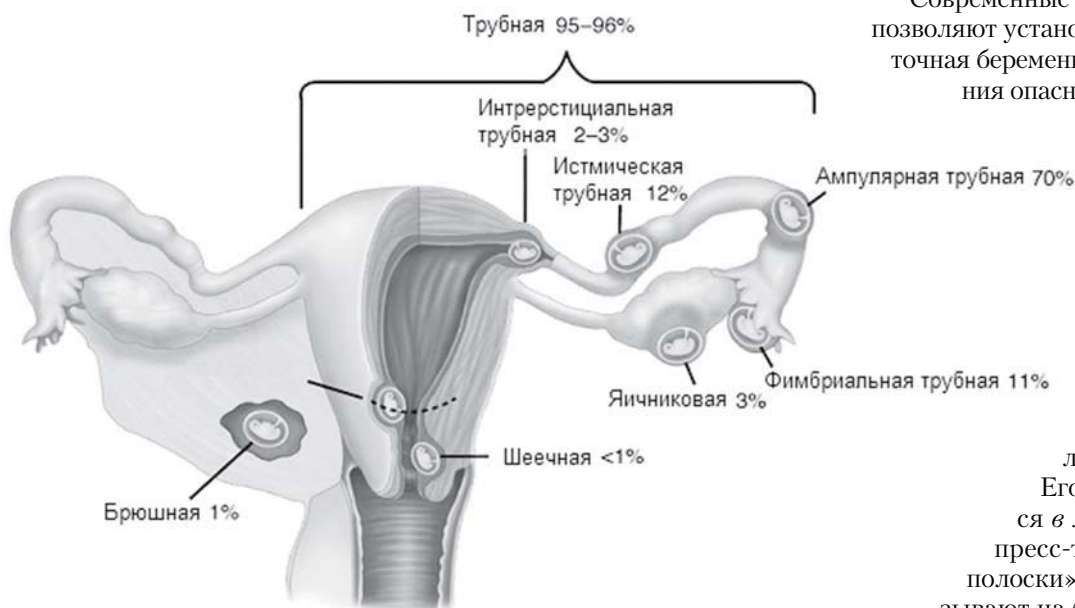
Современные методы обследования позволяют установить диагноз «внематочная беременность» еще до появления опасных симптомов.

Врачи используют два основных способа:

● **анализ на хорионический гонадотропин человека (ХГЧ).**

Именно этот гормон вырабатывается в организме женщины после наступления беременности.

Его наличие определяет в моче с помощью экспресс-теста - те самые «две полоски», которые всегда указывают на беременность. Также



исследуется уровень ХГЧ в крови. В норме он быстро растет: как минимум, на 50% каждые 48 часов. Если рост ХГЧ замедлен, нестабилен или отсутствует, это может быть признаком патологии, в том числе внематочной беременности;

● **трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ).** Этот метод позволяет определить, где именно находится плодное яйцо: в полости матки или вне ее. Если при задержке менструации на 7-10 дней при УЗИ эмбриона не видно в матке, следует исключить возможную внематочную беременность.

Во всех случаях, когда есть подозрение на внематочную беременность, женщина подлежит обязательной госпитализации. Это необходимо для проведения уточняющей диагностики и тщательного наблюдения за ее состоянием.

Лечение

Основной метод лечения внематочной беременности - **хирургический**. Чаще всего операция проводится лапароскопическим способом - через три небольших прокола в передней стенке живота, через которые вводятся специальные инструменты и видеокамера. Такой доступ позволяет провести операцию с минимальной травматизацией и с последующим быстрым восстановлением.

В большинстве случаев *приходится удалять пораженную маточную трубу*, так как при разрыве или значительном повреждении ее стенки восстановить нормальную функцию становится невозможно. Кроме того, исследования показывают, что при сохранении пораженной трубы риск повторной внематочной беременности в ней возрастает почти в 20 раз, что делает ее удаление наиболее безопасным решением.

После внематочной беременности женщина в большинстве случаев может забеременеть, выносить и успешно родить ребенка. Даже при наличии только одной маточной трубы шансы на наступление беременности естественным путем остаются высокими. После операции беременность самостоятельно наступает у 60-70% женщин.



УХУДШЕНИЕ
САМОЧУВСТВИЯ
И АППЕТИТА



ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ
И СЛАБОСТЬ



БОЛЬ В ПРЯМОЙ
КИШКЕ, ОТДАЮЩАЯ
В ПОЯСНИЦУ



БОЛИ И СПАЗМЫ ВНИЗУ ЖИВОТА,
СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ
ТОШНОТой ИЛИ РВОТой



А что после?..

После операции по поводу внематочной беременности важно дать организму время на восстановление.

Рекомендуется воздержаться от планирования новой беременности в течение шести месяцев. *В этот период нужно пройти обследование, исключить инфекции, оценить состояние репродуктивных органов и при необходимости устранить возможные факторы риска.*

После восстановления стоит подготовиться к беременности осознанно: отказаться от курения и алкоголя, нормализовать питание и вес, добавить регулярную физическую активность и достаточный сон. Всё это поможет снизить риски и создать благоприятные условия для будущего зачатия.

Внематочная беременность - не повод для паники, а состояние, требующее внимания. Благодаря возможностям современной медицины его можно диагностировать на начальном этапе и провести своевременное лечение, сохранив жизнь и здоровье женщины.

Беременность - долгожданный этап для многих и даже если возникают сложности, то важно помнить: внимательное отношение к сигналам организма и своевременное обращение к врачам помогают их преодолеть. Доверяя специалистам и заботясь о себе, вы делаете важный шаг к воплощению мечты о материнстве. ☺

Исследования показывают, что при сохранении пораженной трубы риск повторной внематочной беременности в ней возрастает почти в 20 раз, что делает ее удаление наиболее безопасным решением.



Опасность, которая рядом



Марина Григорьевна РОСЛЯКОВА,
медицинский психолог
диспансерно-
поликлинического
отделения (по
обслуживанию детско-
подросткового населения)
КГБУЗ «Алтайский
краевой наркологический
диспансер»

В современном мире, где калейдоскоп болезней, как врожденных, так и приобретенных, неустанно меняет свою палитру, наркомания - одно из самых мрачных приобретений. Это тяжелое заболевание, возникающее от употребления наркотических средств, словно тень неотступно следует за человеком порой с первой же дозы. Зависимость возникает мгновенно, подобно змее, обвивающей сознание, требуя жертв. И парадокс: лекарства от этой напасти до сих пор не существует.

Казалось бы, все знают о разрушительных последствиях наркотиков, но зловещая паутина продолжает плести свои сети, заманивая всё новых и новых жертв. **Разрушения в организме начинаются незаметно, с первого же прикосновения яда.** И когда человек осознает, что «что-то не так», зачастую бывает уже слишком поздно: грубые нарушения здоровья становятся необратимыми. Остается лишь бороться за поддержание хрупкого равновесия.

К сожалению, **эта беда не щадит и подростков.** Что толкает юные души в объятия наркотиков?

На этот вопрос дети часто отвечают - «любопытство». Губительное любопытство, которое требует немедленного удовлетворения, любой ценой, без малейшей мысли о последствиях для здоровья и жизни.

Другой распространенный ответ - «за компанию», что стоит на одной ступени с любопытством. «Неудобно было отказаться», «все употребляли», «уговорили», «я как все», «не выделяться» - вот что кроется за этим простым «за компанию». Некоторые уверены, что «*один раз - не страшно*».

Еще одна причина - *стрессы и конфликты в школе и семье.*

А порой всё сводится к банальной скуке: «*делать было нечего*», «*просто захотелось*».

В обществе бытует мнение, что психоактивные вещества употребляют слабые и безвольные люди. Но это лишь полуправда. **Употребление наркотиков - это крик о помощи, это попытка убежать от проблем, с которыми человек не может справиться здоровым путем.**

Не находя альтернативного решения, он ищет спасения в иллюзорном мире наркотических грез.

Попадая в наркологический диспансер, подростки оказываются в заботливых руках специалистов детско-подросткового отделения, получают психологическую поддержку на протяжении все-



го времени до выздоровления. Психодиагностика, консультации, коррекционные мероприятия - всё направлено на повышение осведомленности о вреде наркотиков, мотивации к здоровому образу жизни, укрепление самооценки.

В психологическом сопровождении подростка ключевую роль играет **участие родителей**. Ведь профилактика начинается в семье, с самого раннего детства. Именно в семье ребенок учится строить отношения, разрешать конфликты, выражать свои чувства. Семья - это первая школа взаимодействия с миром.

Родители - самые важные люди в жизни ребенка до определенного возраста, **его пример для подражания**. Если взрослый демонстрирует, что праздник не обходится без «допинга», будь то бокал шампанского или что-то покрепче, будьте уверены, ребенок «примерит» эту модель поведения на себя. Он усвоит, что праздник без алкоголя - не праздник, формируя в себе опасную зависимость.

Именно поэтому в семье необходимо создавать новую модель поведения, учить ребенка говорить «нет», правильно расставлять приоритеты и выражать свои чувства. Именно в семье ребенок приобретает навыки психологического здоровья. И в психологически здоровой семье не рождаются зависимые. Дети не начинают употреблять наркотики на пустом месте. Этому всегда предшествуют определенные модели поведения.

Нельзя исключать и фактор наследственности. Любая зависимость может передаваться по наследству, и у ребенка зависимых родителей может проявиться наследственная предрасположенность, которая может активизироваться даже после первой пробы.

В современном мире подростку психологически приходится сложнее, чем его родителям. Грани между «плохим» и «хорошим», мужским и женским стираются. Лживые блогеры просторов интернета транслируют в массы неизвестно что, демонстрируя, что можно не учить-



ся и не работать, а просто выкладывать видео и жить припеваючи. Всё это пагубно влияет на неокрепшую детскую психику.

Подросток, у которого еще не сформированы жизненные ориентиры, ищет себя в этом мире, пытается понять, на что он способен. И если рядом окажутся психологически зрелые взрослые с традиционными ценностями, которые смогут деликатно и корректно помочь и дать верный ориентир по жизни, - это станет настоящим спасением. Ведь эмоционально зрелому человеку с адекватной самооценкой, имеющему интересы, цели и ориентиры в жизни, не нужна иллюзия ухода от реальности. А любая зависимость - это бегство от реальности. ☹

Бытует мнение, что психоактивные вещества употребляют слабые и безвольные люди. Но употребление наркотиков - это крик о помощи, это попытка убежать от проблем, с которыми человек не может справиться здоровым путем.





**Ирина Витальевна
ЕФИМОВА,**

старшая операционная
сестра родового
отделения
на 6 индивидуальных
родовых
(с операционными)
КГБУЗ «Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»,
член АРОО ПАСМР
с 2025 года

Кесарево сечение. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО

Кесарево сечение - альтернативный естественным родам способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства. Этот метод используется, когда роды естественным путем могут быть опасны для матери или ребенка и проводится как в плановом порядке при наличии показаний, так и экстренно, когда в процессе родов возникают ситуации, угрожающие жизни и здоровью матери и плода.

Медицинские технологии постоянно совершенствуются, но кесарево сечение сопровождается риском появления осложнений. В России для ее проведения просто желания родить при помощи кесарева сечения недостаточно, а нужны медицинские показания и предписание врача.

В 2024 году в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства было принято 2089 родов. Из них 1552 (74,3%) случаев естественных родов и 537 (25,7%) - родов посредством проведения операции кесарево сечение. Из общего количества операций - 301 (56%) случай



Дорогие коллеги!
Поздравляем с профессиональными праздниками -
Международным днем акушерки и
Международным днем медицинской сестры!

Сегодня в век высоких медицинских технологий пациенты особенно остро чувствуют потребность в милосердии, доброте, сочувствии, душевной теплоте и сострадании. Все эти человеческие качества воплощены в вашей самой благородной профессии.

Позвольте выразить вам огромную признательность за нелегкий, но очень важный ежедневный труд, за непрерывный профессиональный рост и за стремление к совершенствованию системы оказания медицинской помощи в здравоохранении!

Мы желаем вам самим сохранить и сберечь собственное здоровье, профессиональное мастерство, преданность нашему общему делу! Искреннего уважения и общественного признания, личного и семейного счастья, благополучия вам и вашим близким, больше радостных моментов в жизни!

С благодарностью за сотрудничество и глубоким уважением,
Алтайская региональная общественная организация
«Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»



Особенности периода

планового оперативного вмешательства, 170 (31,7%) - срочных операций, 66 (12,3%) - проведенных экстренных операций.

Если решение о проведении операции принимается заранее, перед ее проведением медицинский персонал проводит необходимую подготовку: женщина принимает душ, при помощи бритвы или крема для депиляции удаляются волосы в месте предполагаемого разреза на коже. Непосредственно перед оперативным вмешательством в обязательном порядке надеваются компрессионные чулки, которые позволяют профилактировать грозные тромботические осложнения во время и после родов.

В послеоперационном периоде в течение шести недель происходит первичный этап заживления раны на матке и передней брюшной стенке, формируется рубец, восстанавливаются все органы и системы, подвергшиеся изменениям в связи с беременностью и родами.

Процессы восстановления после естественных родов и после родов путем кесарева сечения отличаются. Во время родов в организме происходят изменения в сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной системах, системе свертывания крови, к которым природа готовила будущую мать на протяжении всей беременности. Часть этих изменений активизируется и во время кесарева сечения, а часть - идет по другому сценарию.

Физиологические роды и роды путем кесарева сечения всегда проходят у всех по-разному, и **период восстановления каждой женщины также имеет индивидуальные особенности.** Об этих

особенностях и об охранительном режиме после родов женщине необходимо проконсультироваться с врачом, ведущим наблюдение за рожающей.

На процесс восстановления после кесарева сечения **влияют особенности хода операции:** экстренная или плановая, какой вид анестезии использовался, какие осложнения возникли в ходе операции или при извлечении плода. Большую роль играют **и адаптационные возможности организма женщины.**

Поэтому особенно важно, чтобы применялись тщательно подобранные *методы профилактики в рамках сестринского ухода.*

Сразу из операционной женщины переводится в палату интенсивной терапии или отделение реанимации, где в непрерывном режиме медицинская сестра производит контроль жизненно важных показателей, оценивает тонус матки, количество кровянистых выделений из влагалища и операционной раны, выделение мочи.

В родильном доме многие женщины отмечают, что первые 2-3 дня после операции могут быть сложными. Беспокоят боли, ограниченная подвижность, изменения в собственном теле, необходимость ухода за послеоперационным швом и психологические особенности привыкания к новому статусу мамы. Медицинская сестра оказывает женщине психологическую и эмоциональную поддержку, при отсутствии противопоказаний помогает наладить грудное вскармливание.

В нашем центре целая команда специалистов, включающая врачей, акушеров, операционных и детских сестер, консультантов по грудному вскармливанию и пси-



хологов, поддерживают и помогают женщине в восстановлении, обучая правильным техникам ухода за собой и ребенком.

Реабилитация после кесарева сечения - важный этап. Залогом успешного восстановления служит ведение активного образа жизни в соответствии с самочувствием и рекомендациями врача.

Необходима ранняя активизация. Активные движения снижают риск развития спаечного процесса в брюшной полости, риск застойной пневмонии и тромбоэмболических осложнений. Уже через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сесть в постели, спустить ноги на пол, встать, пройтись по палате.

К послеоперационным швам после кесарева сечения необходимо относиться с большим вниманием, так как любые изменения в этой области могут привести к серьезным осложнениям.

Перед выпиской из роддома необходимо подробно выяснить у врача, как ухаживать за швом в домашних условиях, как его обрабатывать, когда можно начать принимать душ, нужно ли носить бандаж, когда показать шов врачу. В дальнейшем все рекомендации по уходу за швом женщине даст акушер-гинеколог в женской консультации по месту жительства. ☺



Влияние вредных факторов на плод



**Алена Константиновна
МЯГКИХ,**

акушерка первой
квалификационной
категории
акушерского
обсервационного
отделения
КГБУЗ «Алтайский
краевой клинический
перинатальный центр»,
член АРОО ПАСМР
с 2018 года

Чтобы обеспечить оптимальные условия для внутриутробного развития плода, разработан комплекс профилактических и лечебных мер, которые объединены общим названием «антенальная (дородовая) охрана плода».

Основные мероприятия, направленные на охрану плода, проводятся в женских консультациях. Однако даже при условии хорошей организации их работы главная роль в осуществлении антенальной охраны плода принадлежит самой женщине, которая готовится стать матерью.

Вредные факторы, вызывающие аномальное развитие плода, называются **тератогенными**.

Тератогенез - это возникновение пороков развития у плода под действием тератогенных агентов: радиации, химических, лекарственных веществ, инфекций. Тератогенным считается такое влияние, которое приводит к пороку развития плода или эмбриона, развивавшегося до этого нормально.

Вредные факторы, влияющие на развитие плода, - многочисленны. Они включают в себя как *экологические факторы* (например, загрязнение окружающей среды), так и *образ жизни будущей матери* (низкая физическая активность), *хронические патологии* (гипертония, генетические нарушения) и другое.

Основные внешние факторы, влияющие на развитие плода: курение, наркомания и алкоголизм - они наносят серьезный ущерб мозгу плода и приводят к развитию когнитивных и поведенческих нарушений, аномалиям костей черепа и ко многому другому. Исследования уже давно установили связь между вредными привычками матери и неблагоприятными исходами беременности, включая преждевременные роды, низкий вес при рождении и синдром алкогольной эмбриопатии.

Курение

При курении женщины в «интересном положении» наносится вред не только самой курильщице, но и беззащитному малышу. Табачный дым включает в свой состав большое количество различных химических соединений: никотин, угарный газ, смола, цианистый водород, аммоний. И это лишь самая малая часть от всего состава сигареты.

Курение особенно опасно для органов малыша.

Никотин легко проникает через плаценту, концентрация этого вещества у плода выше, чем в крови его матери. После выкуренной матерью сигареты наступает спазм кровеносных сосудов плаценты, и плод находится в состоянии легкого кислородного голодания несколько минут.

Из-за большого содержания табачного дыма в организме матери при беременности у плода **не успевают сформироваться должным образом лёгкие**. Это приводит к тому, что после рождения малыш не может дышать самостоятельно. Более того, существует вероятность, что в дальнейшем могут возникнуть лёгочные заболевания.

Курение в первом триместре беременности может привести к нарушению формирования сердечно-сосудистой системы эмбриона. Именно в этот период у плода формируются все жизненно важные органы.

Особенно опасно развитие умственной отсталости. Так как во время беременности **никотин способен проникать в клетки мозга и нарушать их развитие**, которое в даль-



нейшем проявляется слабоумием, плохим состоянием памяти и низким уровнем интеллекта ребенка.

Кроме того, что влияние никотина на развитие плода воздействует негативно, оно еще может привести к *отслойке нормально расположенной плаценты, нарушению фетоплацентарного кровообращения, разрыву плодных оболочек, к преждевременным родам, внутриутробной гипоксии плода, внутриутробной гипотрофии плода, задержке психического развития, повышению частоты пороков развития («заячья губа», «волчья пасть», врожденные пороки сердца), синдрому внезапной смерти детей раннего возраста и многим другим последствиям.*

Помните о том, что **пассивное курение** (то есть вдыхание табачного дыма от «чужой» сигареты) **также вредно для вас и будущего ребенка.** Поэтому курящим домочадцам лучше отказаться от курения.

Хорошо, если вы и сами отказались от курения еще до наступления беременности. Если же вы этого не сделали, то сделайте сейчас.

Алкоголизм

Регулярное употребление алкоголя мужчиной или женщиной наносит вред их будущему потомству. Этот факт доказан статистикой, исследованиями и самой жизнью. Клетки, отравленные этиловым спиртом, не могут обеспечить полноценное развитие плода. В организме пьяного человека повышается уровень токсинов. Это влияет и на здоровье внутренних органов.

Употребление от 30г до 80г чистого алкоголя ежедневно достаточно для того, чтобы сформировался алкогольный синдром плода, даже 20мл спирта в сутки могут вызвать замедление физического развития плода. **При регулярном употреблении спиртного очень страдают функции плаценты**, и она уже не может обеспечить плод всеми необходимыми веществами. Плод начинает испытывать хроническую гипоксию (недостаточное поступление кислорода).

Для беременных женщин не существует безопасной дозы алкоголя! Самое маленькое количество спирт-



ного способно нанести непоправимый вред ребенку. Вот почему рекомендуется полный отказ от спиртных напитков во время беременности.

Если мать незадолго до родов употребляла алкоголь или рожала в состоянии алкогольного опьянения, то ребенок после родов находится в *состоянии абстиненции* (синдром отмены). Это проявляется повышенной раздражительностью, плохим сном, повышенным мышечным тонусом, судорожным синдромом. Нередко такие дети попадают в отделение реанимации новорожденных сразу после рождения. Некоторые дети погибают в периоде новорожденности или в раннем возрасте. *Последствия влияния этилового спирта могут вызвать преждевременные роды, врожденную гипотрофию плода, морфофункциональную незрелость.*

Также употребление алкоголя может привести к необратимым последствиям: к аномалиям развития центральной нервной системы (задержка умственного развития), формированию патологической личности, мертворождению, судорогам, эпилепсии, церебральным параличам.

Беременная женщина даже при всем желании не может «выпить в одиночку» - компанию ей всегда составит плод. Алкоголь без труда проходит через плаценту и попадает в его организм, может вызывать спазм сосудов плаценты и пуповины, что приводит к кислородному голоданию плода. **Алкоголь во время беременности необходимо исключить совсем!**

Употребление от 30г до 80г чистого алкоголя ежедневно достаточно для формирования алкогольного синдрома плода, а 20мл спирта в сутки могут вызвать замедление физического развития плода. При регулярном употреблении алкоголя страдают функции плаценты.



Наркотики

Наркотическая зависимость - тяжелое хроническое заболевание, которое возникает под влиянием психоактивных средств, изменяющих психику человека. Болезнь проявляется стойким патологическим влечением к приему наркотика, развитием зависимости, изменением личности, комплексом соматических, неврологических и психических расстройств.

Повлиять на развитие ребенка может даже одна доза наркотического вещества. Процесс развития ребенка достаточно сложный и сбои в нем могут происходить даже в тот период, когда мать ведет активный образ жизни, правильно питается и отказывается от вредных привычек. Если же мать принимает наркотики, то это бесповоротно приводит к отклонениям в развитии ребенка.

Самым опасным для женщин является героин. Он разрушает репродуктивную функцию человека, и в большинстве случаев женщина не может забеременеть. Если беременность всё же происходит и не случается выкидыша, то ребенок не доживает до одного года в 80% случаев.

Осложнения, вызванные употреблением наркотиков, зачастую включают в себя: бесплодие, внутриутробную гипоксию плода, внутриутробную гипотрофию плода, преждевременные роды, гибель плода, пороки развития ЦНС (задержка умственного развития), наркотическую депрессию новорожденного, формирование патологической личности ребенка. И это лишь малая часть неблагоприятных исходов, к которым может привести употребление наркотических веществ.

Берегите себя и своего малыша!

На этапе планирования беременности и в течение первых трех месяцев необходимо полностью воздержаться от каких-либо вредных воздействий, чтобы предотвратить возникновение врожденных аномалий. Также обязательно нужно проводить комплекс профилактических мероприятий, который обеспечивает нормальное течение беременности.

Не забывайте, что во время беременности необходимо наблюдать за организмом матери и плода в динамике. **Для этого нужно своевременно посещать врача-акушера-гинеколога.**

Наблюдаясь в женской консультации, **помните о необходимости посещения занятий школы материнства**, на которых вас научат правильному поведению во время беременности, соблюдению рационального питания, достаточной физической нагрузки, психопрофилактической подготовке к родам.

В этот ответственный и счастливый для каждой женщины период желаю благополучного завершения беременности и рождения долгожданного ребенка. Очень важно, чтобы ваш образ жизни обеспечил наилучшие условия для развития плода, а в дальнейшем и при грудном вскармливании. ☺

Отправляем



**Татьяна
Николаевна
НИКАНОРОВА,**
старшая медицинская
сестра высшей
квалификационной
категории, отделение
организованного
детства
КГБУЗ «Детская
городская
поликлиника №7,
г.Барнаул»,
член АРОО ПАСМР
с 2007 года

На дворе весна, а значит близятся конец учебного года и долгожданные каникулы! Каждый родитель задумывается, чем занять своего ребенка летом, как правильно организовать его досуг в это время.



Психологи утверждают, что к самостоятельным каникулам без сопровождения родителей ребенок может быть готов в возрасте 10-11 лет.

И вот выбран детский оздоровительный лагерь. Но как только на руках оказалась вожаемая путевка, у родителей возникает очень много вопросов.

Итак, что нужно, чтобы ребенок в полной мере насладился летним отдыхом, как подготовиться?

Есть несколько ключевых аспектов подготовки ребенка к лагерю. Это - сбор документов и медицинское обследование, сдача необходимых анализов, прививки и сбор чемодана.

Сбор документов

Начать сбор документов лучше заранее. Оптимальный срок, когда стоит прийти к педиатру - **за две недели до начала смены в лагере.** Тогда удастся избежать нежелательных разочарований и многих неприятных ситуаций.



ребенка в лагерь

За необходимыми анализами и справками родителям стоит обратиться в детскую поликлинику по месту жительства.

Документы, которые требуются для отправки ребенка в лагерь:

- медицинская справка о состоянии здоровья ребенка по форме №079/у (в летние оздоровительные организации санаторного типа необходима санаторно-курортная карта по форме 076/у). В справке указываются данные о перенесенных детских инфекционных заболеваниях, проведенных ребенку профилактических прививках, состоянии здоровья, физическом развитии, физкультурной группе, рекомендуемом режиме. Срок действия справки и результатов анализов, прилагаемых к справке, - только 10 дней.

В детские оздоровительные лагеря направляются несовершеннолетние, которые не имеют следующие медицинские противопоказания для пребывания в организациях:

- ▶ соматические заболевания в острой и подострой стадии,
- ▶ хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации,
- ▶ инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи,
- ▶ инфекции (педикулез, чесотка);
- сведения об отсутствии инфекционных болезней и инфекции (педикулез, чесотка);

- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня до момента заезда в организации отдыха детей;

- прививочный сертификат;
- результаты обследования на гельминты;

- информированное добровольное согласие родителей (законных представителей) на медицинское вмешательство;

- копия свидетельства о рождении (для детей до 14 лет) или паспорта (для ребят старше 14 лет) для подтверждения личности.

Медицинское обследование

Анализы, которые нужно сдать ребенку в поликлинике:

- ▶ общий (клинический) анализ крови;
- ▶ общий анализ мочи;
- ▶ кал на яйцеглист;
- ▶ соскоб на энтеробиоз.

Прививки

Согласно приказа №1122-н от 06.12.2021 года «Об утверждении национального календаря профилактических прививок» **ребенку перед отправкой в летний лагерь необходимы прививки против кори, паротита, краснухи, туберкулеза, вирусного гепатита В, полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка.**

Также ежегодно ребенку нужно проводить *пробу Манту или Диаскинтест* - методы скрининга на туберкулез.

Кроме того, в зависимости от эпидемиологической ситуации может потребоваться и *прививка от клещевого энцефалита*. Ее лучше сделать, так как наш Алтайский край является эндемичной по клещевому вирусному энцефалиту территорий.

Уважаемые родители, обратите внимание, что **отсутствие необходимых прививок может стать противопоказанием для посещения лагеря**, особенно в период угрозы массового распространения или риска возникновения эпидемии какого-либо заболевания.

Сбор чемодана

Собирать чемодан лучше вместе с ребенком. Что понадобится?

- Не кладите в лагерь дорогие или брендовые вещи.

- Удобнее всего упаковывать вещи в чемодан на колесах. Главное, чтобы ребенок мог самостоятельно поднять и перевезти его. На чемодан хорошо бы прикрепить бирку с его фамилией и именем.

- Одежда:

- футболки, майки - по одной или несколько штук на каждый день,
- шорты - несколько штук,
- джинсы или легинсы - на случай прохладной погоды,
- платье, юбки, сарафаны - для девочек,



Советы медицинской сестры

◀ - *свитер или кофта* - для прохладных дней,

- *нарядная одежда* - для вечерних мероприятий, дискотек,

- *куртка или ветровка* - для защиты от дождя или ветра,

- *спортивный костюм* - для соревнований,

- *пляжная одежда*: купальник или плавки (по две штуки),

- *носки и нижнее белье* - достаточное количество на весь период пребывания в лагере,

- *пижама* - для ночного отдыха.

● Обязательно положить *кепку, панаму или бандану* - для защиты от солнца.

● *Обувь*: сандалии, кроссовки, сланцы. Обувь должна быть привычной, удобной и по размеру, чтобы не возникло проблем с мозолями.

● *Предметы личной гигиены*: зубная щетка, паста, шампунь, мыло, расческа, мочалка, полотенце.

Нельзя давать ребенку с собой еду - она портится. В лагере у детей есть свое меню, составленное по всем правилам и нормам, с учетом физиологии.

Все лекарства нужно оставить дома, в лагере есть врач и медицинский пункт.

Заезд в детский оздоровительный загородный лагерь

Прием несовершеннолетних в организации отдыха детей и их оздоровления осуществляется специально обученными, опытными медицинскими работниками курирующей медицинской организации, **только при наличии документов.**

Заезд (выезд) всех детей в организации отдыха детей и их оздоровления **должен осуществляться в течение суток** на весь период смены с перерывом между сменами не менее двух календарных дней.

В организациях отдыха детей и их оздоровления с круглосуточным пребыванием на весь период смены **обеспечено круглосуточное нахождение не менее двух медицинских работников.** Только в медицинском пункте ребенку



смогут оказать квалифицированную помощь, которая осуществляется на основании приказа №327-н от 13.06.2018 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха».

В случае выявления детей с признаками респираторных заболеваний и повышенной температурой тела обеспечивается их незамедлительная изоляция до приезда законных представителей (родителей, опекунов) или приезда бригады скорой помощи.

Оказание медицинской помощи за пределами организаций отдыха детей и их оздоровления организуется согласно профилю с учетом маршрутизации, определенной приказами министерства здравоохранения Алтайского края.

Бывает так, что ребенок в первые дни после заезда начинает скучать, но его слезы и просьбы забрать - это нормально, но только в первые дни. Обычно на адаптацию уходит около недели.

Детский лагерь - это не только разлука с родителями, это еще и новые друзья, интересные мероприятия, дискотеки, впечатления, лето без скуки и без гаджетов, утренняя зарядка, рациональное питание и свежий воздух! ☺



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



Что может лечить искусственный интеллект

Большинство из систем с использованием искусственного интеллекта, которые используются в здравоохранении, - отечественные. И сейчас в разработке находятся сотни новых проектов, которые будут использоваться в самых разных областях медицины - от онкологии до акушерства.

Рак кожи, кариес, плоскостопие, инсульт

Цифровизация стала неотъемлемой частью медицины. Президент Владимир Путин обозначил, что **систему здравоохранения будут строить на развитии информационных технологий**, добавив, что **искусственный интеллект очень помогает, но главное - за самим врачом.**

В России зарегистрировано **39 медицинских изделий с использованием искусственного интеллекта**, большинство из них - отечественные. Но пока они не покрывают полностью потребности отрасли. По данным Минздрава, 19 изделий применяют для анализа радиологических изображений. Их используют при компьютерной томографии головного мозга, органов грудной клетки и зубов, флюорографии, диагностики рака молочной железы и даже рентгено стоп. Другие технологии помогают врачам при анализе изображений органов тела, глазного дна, цифровых ЭКГ и т.д.

Медицинские изделия с искусственным интеллектом, которые используют врачи, **можно найти в реестре Росздравнадзора**. Например, там зарегистрирована нейросетевая система для определения



продольного плоскостопия по данным рентгенографии. Еще одно изделие помогает врачам в диагностике новообразований кожи, другое - в диагностике инсульта.

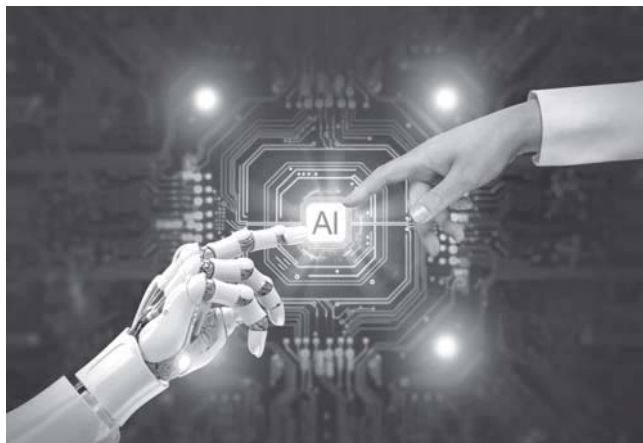
Также искусственный интеллект используют офтальмологи для оценки тяжести диабетической ретинопатии и других заболеваний сетчатки глаз. Еще один сервис помогает проанализировать стоматологические рентгеновские снимки, обнаружить убыль костной ткани, кариес и так далее. И искусственный интеллект делает это намного быстрее врача-рентгенолога.

Помощь при реабилитации

В подведомственных учреждениях Минздрава разрабатывают более 200 новых проектов с использованием искусственного интеллекта. Их создают под конкретные клинические задачи. Так, 29 разработок помогут врачам-онкологам, еще 15 используют в терапии, 19 - в акушерстве и гинекологии, по 16 - в радиологии и эндокринологии. 11 новых изделий помогут травматологам, 10 - кардиологам, 13 - нейрохирургам, 11 - офтальмологам, 8 - гастроэнтерологам.

В приоритетных направлениях нет неврологии, хотя возможностей для применения ИИ в этой сфере очень много, отмечают специалисты. Пригодился бы искусственный интеллект и в реабилитации, в том числе в оценке функциональности протезов.

Искусственный интеллект не ставит пациентам диагноз самостоятельно. Его задача - чтение снимков, видеоряда и анализ информации. ИИ учится видеть изменения, которые пока еще не видны глазу врача, и помогает доктору, указывая на возможные патологии, обращает внимание на определенный снимок. Далее дело за врачом, ведь на том же рентгене может быть выявлена как онкология, так и пневмония. 🌐



Ранняя диагностика рака легкого



Ольга Васильевна БОРИСЕНКО,
врач-рентгенолог
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»,
ассистент кафедры
лучевой диагностики и
эндоскопии с курсом ДПО
ФГБОУ ВО «Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России

Рак лёгких - одна из распространенных онкопатологий.

По частоте возникновения она занимает второе место среди всех злокачественных опухолей в целом и находится на первом месте у мужчин.

В Алтайском крае ежегодно диагностируется около 1200 новых случаев этого заболевания, что составляет около 12% от всех выявленных злокачественных новообразований.

Факторы риска

Основным фактором риска возникновения рака лёгких является курение, именно поэтому он более распространен среди мужчин. Однако в последнее время заболеваемость среди женщин показывает более быстрый рост. Многие исследователи склоняются к мнению, что **вероятность возникновения рака лёгких прямо связана с ранним началом курения и, соответственно, стажем курительщика, а также с интенсивностью этой вредной привычки.** К факторам риска относят также и **пассивное курение.**

Другими значимыми факторами, способствующими развитию этой патологии, являются **профессиональные вредности и загрязнение атмосферного воздуха.**

Определенную роль в возникновении рака лёгких играют **наследственность и сопутствующие хронические заболевания органов дыхания.**

Как проявляется

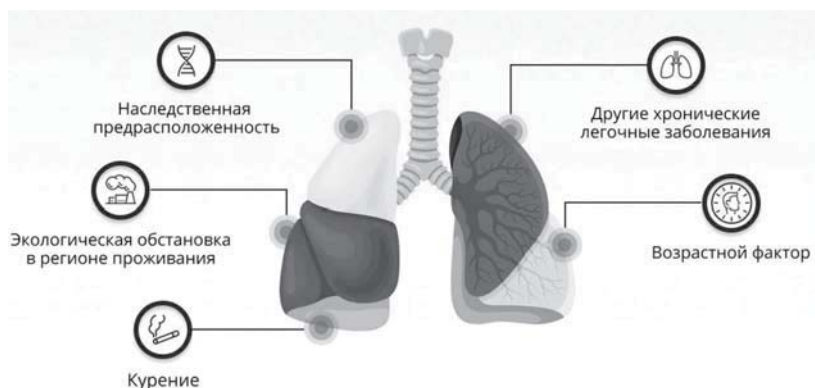
Поздняя выявляемость рака лёгких является острой проблемой. Из всех пациентов, которым диагностирована злокачественная опухоль лёгких, операбельными являются около 40%. Примерно 60% рака лёгких выявляется на III-IV стадии, когда оперативное лечение невозможно.

Клиническая картина стерта, поэтому будьте начеку! На ранних стадиях болезнь протекает почти бессимптомно и зачастую за помощью обращаются слишком поздно. Однако при раннем обнаружении вылечивается около 80% больных.

Одна из основных задач медицины - повышение процента диагностики рака лёгких на ранних стадиях, что позволит увеличить выживаемость больных с этой патологией. Поэтому так **важно обратиться к врачу при любых признаках**, которые могут даже косвенно свидетельствовать о возможности развития злокачественной опухоли лёгких.

Время появления первых признаков зависит от формы рака лёгких. Их две: периферический и центральный. *При периферической форме* опухоль растет в мелких бронхах или самой лёгочной ткани, поэтому долго не нарушает дыхательную функцию. *При центральной форме* новообразование растет в крупных бронхах, поэтому проявления болезни возникают раньше.

Самые первые признаки неспецифичны и не позволяют заподозрить онкопатологию, на симптомы мало кто



обращает внимание, и если заболевание и диагностируют на этой стадии, то чаще всего случайно при плановой флюорографии или обследовании по другим поводам. Особенно это касается курильщиков с многолетним стажем, которые списывают все возникающие и порой стремительно нарастающие симптомы на эффект от курения.

Как можно раньше обратиться к врачу при следующих симптомах:

- ▶ длительное повышение температуры, сильная потливость;
- ▶ нарастающая слабость, ухудшение общего состояния;
- ▶ хронический кашель, боли в грудной клетке при кашле или на вдохе;
- ▶ кровянистая мокрота;
- ▶ тяжелая одышка;
- ▶ внезапное необоснованное снижение веса.

Характерные признаки рака лёгкого - это свистящий звук при дыхании и слабый голос.

Симптоматика зависит от локализации новообразования. Например, периферический рак лёгкого долго протекает бессимптомно и безболезненно, так как опухоль не затрагивает нервные окончания. При периферическом раке верхушки лёгкого поражаются одна сторона лица и плечевого пояса, имитируя неврологические заболевания головного мозга. Центральный рак лёгкого проявляется уже на ранних стадиях в виде кашля с мокротой с примесью крови, слизи и иногда гноя, постоянной одышки, изменения голоса, общего недомогания.

Виды и формы

Рак лёгкого классифицируют по разным признакам.

По гистологическому строению (особенности внутреннего клеточного состава) опухоли разделяются на многочисленные подгруппы, лидирующими из которых являются:

- **аденокарцинома** рентгенологически порой имитирует очаговую пневмонию, имеет сравнительно медленный рост и малый процент метастазирования;

- **плоскоклеточный рак** имеет относительно неагрессивное течение, но при больших размерах рентгенологически определяется поражение соседних органов, костей;



- **мелкоклеточный рак** - наиболее агрессивный вид рака лёгкого с быстрым прогрессированием и метастазированием, нередко имеет стертую, смешанную рентген-картину.

По локализации различают *периферический и центральный* рак лёгкого.

По направлению роста:

- ◆ **эндобронхиальный**, или экзофитный - растет в просвет бронха;

- ◆ **экзобронхиальный**, или эндофитный - растет в толщу легочной ткани;

- ◆ **разветвленный** с перибронхиальным муфтообразным ростом вокруг бронхов;

- ◆ **смешанный** - растет в нескольких направлениях с преобладанием того или иного признака.

Диагностика

Бессимптомные опухоли органов дыхания в 85-90% процентов случаев обнаруживаются случайно, при проведении флюорографии, и поэтому **рентгенологические методы диагностики занимают сегодня ведущее место.**

Для диагностики рака лёгкого применяют целый ряд инструментально-лабораторной диагностики:

- **флюорография** - рентгеновский метод исследования органов грудной клетки, проводимый в профилактических целях для раннего активного выявления внутрилегочных проявлений туберкулеза для лиц с 15 лет не реже одного раза в два года;

На ранних стадиях болезнь протекает почти бессимптомно и часто за помощью обращаются слишком поздно. Но при раннем обнаружении рака лёгких вылечивается около 80% больных.



Крайне необходимо при прохождении рентгенографии, МСКТ, МРТ исследований предоставлять архив, то есть ранее пройденные исследования на диске или другом электронном носителе.

● **КТ, МСКТ** (мультиспиральная компьютерная томография) - золотой стандарт при обнаружении патологии органов грудной клетки, позволяет оценить и паренхиму (воздушная часть) лёгких, и проходимость бронхов, состояние лимфатических узлов, костных структур и мягких тканей на наличие метастазов;

● **НДКТ** (низкодозная компьютерная томография) - практически всё рентгенологическое сообщество сходится во мнении, что традиционную скрининговую флюорографию необходимо заменить на НДКТ, поскольку убедительно доказано, что она превосходит более привычный нам способ. Но отсутствие законодательной базы и оснащённости медицинских учреждений аппаратурой и значительно возрастающий объем работы на врачей-рентгенологов не позволяет на данный момент совершить такие кардинальные перемены;

● **ПЭТ-КТ** - для оценки распространенности метастазов и контроля эффективности лечения;

● **бронхоскопия трахеи и бронхов (ФБС) с забором биоптата** на гистологическое исследование - исследование слизистых оболочек трахеи и бронхов изнутри с помощью специального оптического прибора;

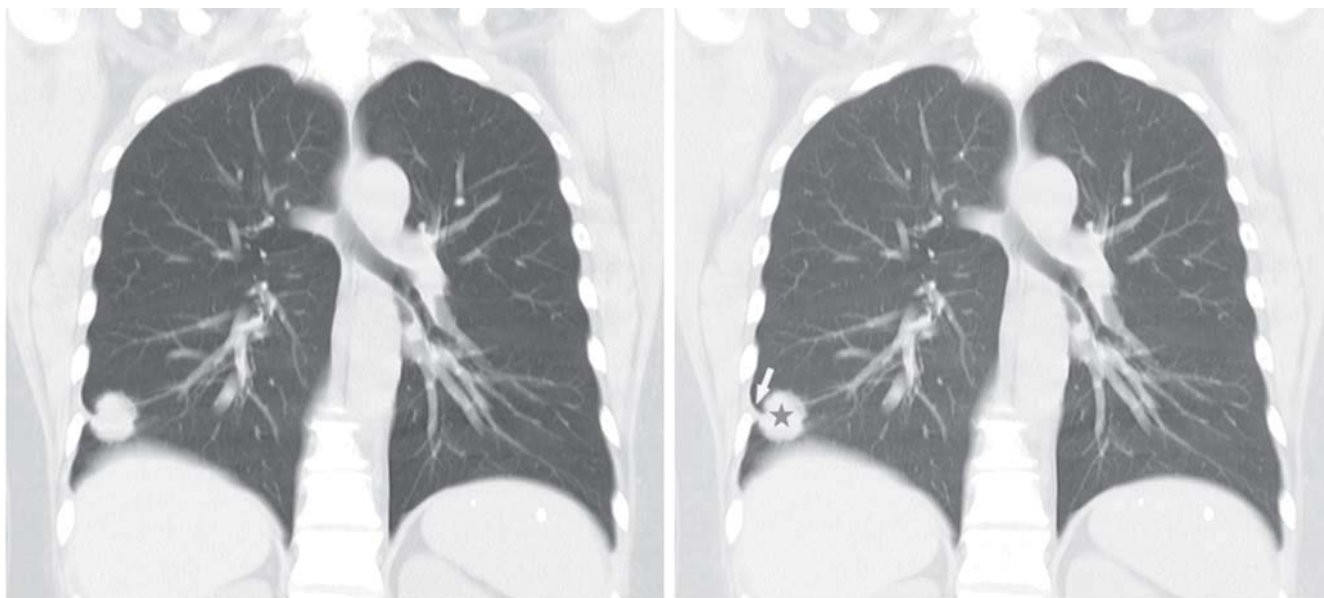
● **эндоскопическое или эндобронхиальное УЗИ** - для оценки состояния лимфатических узлов и определения стадии процесса;

● **торакоскопия** - осмотр с помощью видеокамеры через прокол в грудной клетке;

● **молекулярно-генетические анализы крови** на специфические онкомаркеры.

ВАЖНО! Наличие и предоставление архива снижает процент ложноположительных заключений! Крайне необходимо при прохождении рентгенографии, МСКТ, МРТ исследований предоставлять архив, то есть ранее пройденные исследования на диске или другом электронном носителе. При прохождении КТ и МРТ исследование пациент получает на твердом носителе (пленке) от 15 до 30 изображений, исследование же содержит около 200-1000 изображений, поэтому *сравнение и оценку динамики по пленке не проводят!*

В рутинной практике врачей-рентгенологов онкологического диспансера немалую часть времени занимает поиск и оценка архива, благодаря которому около 10% выставленных рентгенологических заключений в других диагностических службах о наличии опухолевого или метастатического поражения лёгких были сняты и являлись поствоспалительными гранулёмами, внутрилёгочными лимфатическими узлами, доброкачественными гамартомами, кистами и другими доброкачественными изменениями.

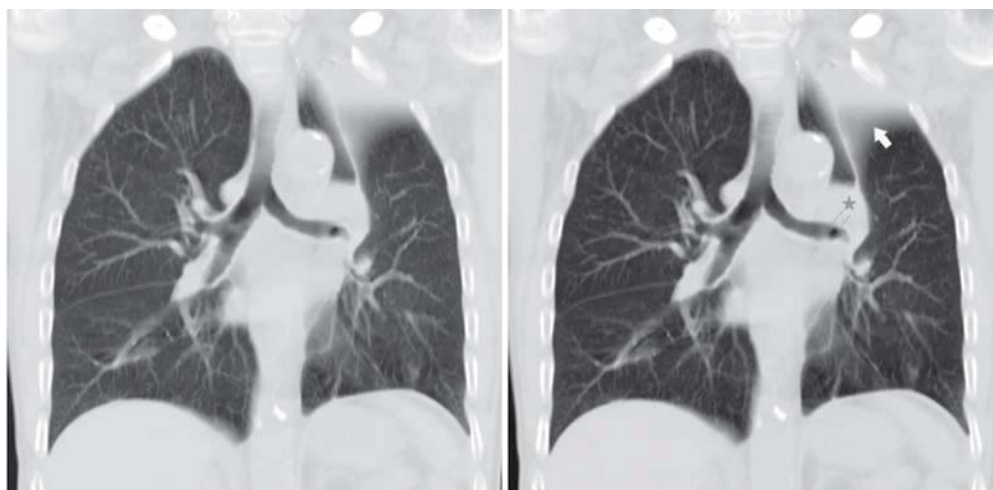


КТ органов грудной клетки отображает опухолевый узел (звездочка), дорожка к плевре (стрелка). Периферический рак нижней доли правого лёгкого.



КТ органов грудной клетки отображает опухолевый узел (звездочка), заполненный опухолевой массой бронх без воздуха (пунктир рядом со звездочкой) и зона пониженной воздушности (стрелка).

Центральный рак левого лёгкого с полной обструкцией просвета левого верхнедолевого бронха и гиповентиляцией верхней доли.



Рентгенсемиотические признаки

Рентгенсемиотические признаки периферического рака лёгкого:

- ▶ наличие опухолевого узла в паренхиме (воздушной части) лёгкого;
- ▶ контуры могут быть неровные, лучистые или четкие, бугристые;
- ▶ наличие «дорожки, тяжистого уплотнения» в сторону корня или плевры лёгкого;
- ▶ расширение тени средостения и корня лёгкого за счет увеличения лимфатических узлов (признаки метастатического поражения);
- ▶ может иметь в своей массе полость распада с наличием воздуха;

Рентгенсемиотические признаки центрального рака лёгкого:

- наличие опухолевой массы в области корня лёгкого с бугристыми лучистыми контурами;
- гиповентиляция или ателектаз одного или нескольких сегментов лёгкого (признак нарушения проходимости бронхов);
- ретростенотическая пневмония (развитие воспалительной реакции на фоне плохой вентиляции одного или нескольких сегментов).

Кто в группе риска

Существуют определенные показания к прохождению диагностических исследований на рак лёгких. В основном заболевание выявляется при проведении рентгенографии лёгких или флюорографии, поэтому **выполнять флюорографию всему населению рекомендуется минимум один раз в два года.**

Люди из групп риска должны уделять особое внимание симптомам, которые могут вызвать настороженность в отношении рака лёгких.

В группы риска входят:

- ◆ *курильщики*, в особенности те, у кого в анамнезе раннее начало курения, длительный стаж, большое количество выкуриваемых сигарет в день (1-2 пачки);
- ◆ *лица, работающие с потенциально канцерогенными веществами*, прежде всего, с асбестом, соединениями никеля, угольной пылью, пестицидами, бериллием, мышьяком;
- ◆ *люди, проживающие в местности с высоким уровнем загрязнения атмосферы*, в частности, выхлопными газами;
- ◆ *пациенты с хроническими патологиями лёгких*: с туберкулезом, пневмосклерозом, ХОБЛ, опухолевидным силикозом;
- ◆ *люди, у родственников которых по прямой линии были выявлены неоднократные случаи злокачественных опухолей*, либо наличие в анамнезе у самого больного двух и более раковых новообразований.

Профилактика

Исключить курение, злоупотребление алкоголем и систематический контакт с канцерогенами.

Вести здоровый образ жизни, сбалансировать рацион питания.

Своевременно лечить острые респираторные заболевания.

Регулярно проходить скрининги.

Путь к эффективному лечению рака лёгкого - его своевременная диагностика! ☺

В основном рак лёгких выявляется при проведении рентгенографии лёгких или флюорографии, поэтому выполнять флюорографию всему населению рекомендуется минимум один раз в два года.



Как большой семье ужиться в одном доме



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

В наше время есть семьи, где под одной крышей 20 и более лет живут не только молодые родители и их дети, но и бабушки с дедушками, а иногда и прабабушки с прадедушками. Очень часто бывает, что разные поколения не могут найти общий язык, что становится причиной напряженных взаимоотношений.

Молодые семьи стараются «уйти в самостоятельное плавание», но иногда несколько поколений остаются жить вместе. Причины совместного проживания у всех разные: например, плохое здоровье, отсутствие жилья и т.д. С одной стороны, у самостоятельности есть плюсы: уникальный опыт, развитие важных навыков, свобода, самореализация. С другой стороны, при совместном проживании близкие всегда поддержат в необходимую минуту.

Семья - это ценный ресурс, который нужно любить и оберегать. Если несколько поколений семьи живут под одной крышей, у них есть возможность стать ближе, передавать традиции, получать и оказывать поддержку любимым людям, укрепляя связь.

При этом у каждого человека есть свои взгляды, привычки и интересы, но при его проживании вместе с другими людьми могут возникать различные споры, недопонимания, конфликтные ситуации. И это вполне естественно: ведь каждый член семьи обладает собственным пониманием жизни, которое не всегда совпадает с позицией других, и это, наверное, правильно.

В ситуации, когда несколько поколений находятся вместе, решать разногласия нужно через диалог и умение находить компромиссы.

Поддерживать позитивную атмосферу

Без открытого выражения мыслей и чувств донести свою позицию не получится. Разговор всегда необходим для обмена информацией и мнениями в самых разных ситуациях.

И если в семье есть недовольство, то необходимо научиться в ясной и доступной форме, без обвинений и ссоры объяснять свою позицию. **Именно корректное и уважительное общение укрепит семейные узы.** И это - самое сложное, с чем сталкиваются члены семьи.

Увлечения и планы

Очень важно, когда у всех поколений есть собственные увлечения, планы и цели, свой круг общения. Это не только помогает отдохнуть от бытовых дел, но и может послужить отличным поводом сблизиться с родными.



Если же старшим родственникам не хватает ресурса, чтобы найти какое-то новое и увлекательное занятие, им можно порекомендовать обратиться в комплексный центр социального обслуживания по месту жительства. Там найдется занятие практически для любого человека: живопись, танцы, спорт, освоение новой профессии, изучение гаджетов и многое другое. Кроме того, участие в местных мероприятиях помогает постоянно знакомиться с новыми людьми, а также узнавать новое и быть ближе к молодому поколению.

В каждой семье есть общие правила

Хорошим решением будет **разделение обязанностей**. Кто и что делает? В какие дни и часы? Бабушки и дедушки могут погулять с внуками или помочь сделать уроки, пока родители на работе. Сюда же относятся походы в магазин, уборка или вынос мусора.

К посильным обязанностям полезно приобщать и ребенка, так он быстрее научится дисциплине, ответственности, самостоятельности, планированию своего времени.

Главное в семье разных поколений - это соблюдать установленный распорядок, чтобы дела вошли в привычку.

Компромиссы

Как бы нам этого не хотелось, нельзя всегда и во всем быть правым, продвигать лишь свою точку зрения. **Стоит учитывать мнения и желания окружающих**, иногда пойти навстречу, даже если придется в чем-то себе отказать. **Взаимные уступки и компромиссы - неотъемлемая часть совместной жизни**. И в данной ситуации очень важна мудрость старшего поколения и гибкость молодого поколения.

Поиск позитива

Позитив можно найти в чем угодно, главное - это желание. Гораздо лучше не сосредотачиваться на отрицательных сторонах, а **посмот-**



реть, что есть хорошего вокруг. Рядом с нами - близкие и родные, с которыми связано много теплых воспоминаний, это и есть счастье. Они помогают дома, следят за порядком, дают важные советы. Мы всегда знаем о состоянии их здоровья и в силах поддержать если возникнут какие-либо трудности.

Личное пространство

Каждому человеку нужен свой уголок, где он сможет быть один на один со своими мыслями, как духовно, так и физически. Идеал - это собственная комната. Но даже если такой возможности нет, достаточно отделить часть комнаты декоративной ширмой или занавеской, чтобы близкий человек мог спокойно отдохнуть и заняться личными делами.

Если конфликт неизбежен?..

Как быть, когда старшее и молодое поколения жили отдельно какое-то время, встречались только по праздникам, - и вот в силу разных причин им пришлось воссоединиться и жить вместе?

У старшего и молодого поколения сложились уже разные взгляды, привычки и интересы, но необходимо как-то совместно жить и общаться - и тут, к сожалению, не обойтись без конфликта.

Каждый человек обладает собственным пониманием жизни, которое не всегда совпадает с позицией других членов семьи, и это, наверное, правильно.



Как минимизировать

Чтобы возможные конфликты не портили ваши отношения с родителями, бабушками и дедушками, **необходимо корректировать поведение молодого поколения.**

Что можно сделать? Например, следующее:

- **находить общие точки соприкосновения в общении:** оказывать взаимную поддержку, уважение, соблюдать семейные традиции;

- **понять, что старшее поколение в любом случае является более опытным.** Не нужно им доказывать свою правоту, спорить, пытаться изменить что-либо. Лучше задумайтесь и попытайтесь понять иную точку зрения;

- **просто любить и уважать своих предков.** Старшее поколение дало вам жизнь, но и им когда-то приходилось переживать трудности семейного общения.



Конечно, следует помнить о том, что жизнь не вечна. Никто не знает, сколько отмерено каждому из нас. Поэтому **заботьтесь о своих родных, несмотря на различия в мировоззрении**, цените каждый миг, чтобы оставить его в памяти, слушайте старших, чтобы передать после семейные ценности вашим детям и внукам.

Как молодое поколение относится к своим родителям, так и их дети будут относиться к ним, ведь как сам поступишь, как поведешь себя, таковы будут последствия и результаты. Как гласит русская пословица: «что посеешь, то и пожнешь». ☺



Александр Евгеньевич МАРУШКО,

врач-травматолог-ортопед высшей квалификационной категории, травматолого-ортопедическое отделение КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Количество офисных работников каждый год увеличивается. «Особые приметы» сотрудников офиса - это работа у компьютера и часто ненормированный рабочий день.

Малоподвижность

Приходится признать, что с некоторых пор в нашем обиходе появилось понятие «офисные болезни». О них заговорили не сразу, хотя о существовании профессиональных заболеваний известно давно. Но одно дело, когда речь идет о людях физического труда или тех, кто работает на вредных производствах, - здесь всё очевидно. А вот как раз офисные болезни, увы, не так явны. Впрочем, тем они и коварны.

В настоящее время специалисты констатируют, что не меньше 35% работников офиса страдают от различных проявлений той или иной офисной болезни. Но чтобы эффективно заняться профилактикой, надо досконально разобраться в причинах заболевания.

Самый большой вред приносит **малоподвижный и сидячий образ работы**. Для организма человека отсутствие движения приводит к застою явлениям во всех органах и системах. Не зря говорят: «Движение - это жизнь!», стало быть, отсутствие движения - сами понимаете... К сожалению, гиподинамии, как причины, вполне достаточно, чтобы представить, сколько заболеваний в результате может возникнуть у человека.

Перечислим самые распространенные из офисных болезней и подумаем, как их предотвратить.

Первое: остеохондроз

Во-первых, - **это патология позвоночника**, а именно **развитие остеохондроза**.

По оценкам экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, 70% офисных работников жалуются на чувство неудобства в спине, усталость, скованность, затекшую шею и плечи, что и является первыми признаками остеохондроза.

Причина развития остеохондроза - нарушение питания структур



риск от офисных болезней

ных элементов позвоночника. Питание межпозвонковых дисков происходит при движении. При непрерывном же сидении уже через 1,5-2 часа начинается воздействие на хрящевые клетки дисков из-за плохого питания, а также происходит натяжение связочного аппарата позвоночника.

ПРОФИЛАКТИКА

Не реже раза в полчаса меняйте положение тела. Хотя бы время от времени потягивайтесь - это ведь несложно.

Регулярно посещаете бассейн, делаете гимнастику по утрам.

Используйте ортопедические изделия, улучшающие питание структурных элементов (позвонки, диски, связки, мышцы) **позвоночника:** ортопедические подушки для сна, воротники на шею, реклинаторы, корсеты.

Остеохондроз развивается также в результате неправильной организации рабочего места: если у офисного кресла спинка плоская, то и спина будет «проваливаться». Для создания комфорта **используете ортопедические подушки под спину и для сидения.**

Второе: варикозное расширение вен

Во-вторых, - **патология сосудов нижних конечностей.**

Если раньше варикозное расширение вен называли «болезнью продавцов», то теперь - «болезнью компьютерщиков».

Развитие заболевания во многом **обуславливается сидячим положением**, что приводит к застойным явлениям в венах нижних конечностей. Следует помнить, что **если ноги затекали - это верный признак того, что вены работают в авральном режиме.**

Причем в последние годы наметилась тенденция к росту заболеваемости варикозом среди мужчин (хотя, по статистике, именно женщи-



ны подвержены недугу в несколько раз больше).

ПРОФИЛАКТИКА

Сидя за столом, **разминайте ноги:** крутите ступнями сначала в одну, затем в другую сторону, ставьте ногу то на пятку, то на носок, поднимайте ее параллельно полу.

Используете компрессионный трикотаж.

Третье: плоскостопие

В-третьих, **развитие поперечного плоскостопия.**

Ношение обуви на высоком каблуке приводит к неправильному распределению нагрузки, опора смещается с пятки на носок. При этом происходит развитие плоскостопия: появляются чувство усталости и болевые ощущения в стопах.

ПРОФИЛАКТИКА

Обязательно использовать **ортопедические стельки для модельной обуви.**

По возможности **менять обувь**, чтобы давать мышцам как следует сокращаться.

И не ленитесь подниматься по лестнице, а не на лифте!

Уделяйте больше внимания профилактике, так как любую болезнь проще предупредить, чем потом лечить. ☺

Самый большой вред приносит малоподвижный и сидячий образ работы. Для организма человека отсутствие движения приводит к застойным явлениям во всех органах и системах.



Первичная лицам старших

Окончание. Начало в №4 (256) 2025 года



Алена Геннадьевна ХАРЛОВА,
заместитель начальника
по медицинской части
КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь
для ветеранов войн»

У пациентов 65 лет и старше, имеющих риск остеопороза или остеопоротических переломов по результатам дополнительного анкетирования, оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX.

Пациенты с риском падений

По результатам углубленного скрининга риска падений с использованием вопросов дополнительной анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше (ответы на вопросы 9-18 анкеты «Оценка риска падений», см. в журнале №4 (256) 2025 года. - прим.ред.) выбирается последующая врачебная тактика.

Пациент с низким риском падений наблюдается участковым терапевтом, на каждом приеме ему задаются три вопроса:

1. Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? (Вопрос из опросника «Возраст не помеха».)

2. Чувствуете ли вы неустойчивость, когда встаете или идете?

3. Боитесь ли вы падения?

Получив хотя бы один положительный ответ, необходимо проводить тест «Встань и иди». Если пациент выполняет этот тест более 14 секунд, у него есть признаки нарушения походки и равновесия, - необходимо направить пациента на консультацию к неврологу.

Особенности оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста на амбулаторном этапе



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Гериатрическая шкала депрессии

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?	ДА	НЕТ
2	Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить - это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	

Пациент с высоким риском падений направляется на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу для проведения многофакторной оценки риска падений и разработки индивидуального плана профилактики падений согласно действующим клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста».

Диспансерное наблюдение пациента пожилого и старческого возраста осуществляет врач-терапевт участковый, врач общей практики.

Депрессия в зрелом возрасте

Одним из важных гериатрических синдромов является **депрессия**. Ее наличие приводит к отягощению уже имеющихся состояний.

Депрессия, которая возникает у лиц старше 65 лет и которые не имели ее в анамнезе ранее, известна как «депрессия в зрелом возрасте».

Депрессия в зрелом возрасте характеризуется как аффективное состояние печали, возникающее в ответ на различные человеческие ситуации. Отмечается подавленное настроение или заметная потеря интереса или удовольствия от деятельности, ассоциируется со следующими сопутствующими симптомами:

- изменения аппетита или веса (5% от общей массы тела),
- нарушения сна, энергии, концентрации и психомоторной активности,
- чувства неуместной вины или никчемности,
- повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве.

Диспансерное наблюдение пациента пожилого и старческого возраста осуществляет врач-терапевт участковый, врач общей практики.



Нацпроект «Продолжительная и активная жизнь»

Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

Шаг 1. Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову три слова, а вам нужно будет повторить их и запомнить».

Выберите один из перечисленных вариантов и четко произнесите три слова:

Вариант 1: ключ, лимон, шар

Вариант 2: яблоко, стол, монета.

Шаг 2. Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

Шаг 3. Попросите пациента вспомнить три слова из Шага 1.

Интерпретация результатов теста Мини-Ког	
Воспроизведение слов (0 - 3 балла)	1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово
Рисование часов (0 или 2 балла)	Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Общий балл (0 - 5 баллов)	Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов. < 3 баллов - валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл.



Но здесь мы говорим о явной картине депрессии. *Необходима диагностика в более ранние сроки.*

Вероятность депрессии определяется с помощью гериатрической шкалы депрессии. По результатам анкетирования 5 или более баллов указывает на вероятную депрессию. Такого пациента необходимо направлять к врачу-неврологу и врачу-психотерапевту.

Также у пожилых людей необходимо своевременно диагностировать деменцию. Для этого необходимо проводить **тест Мини-Ког**. Результат менее 3 баллов - скрининговый критерий деменции.

При выявлении вероятной депрессии и предполагаемой деменции пациента необходимо направить к врачу-неврологу в рамках второго этапа, при необходимости - к врачу-психиатру.

Особенности диспансерного наблюдения (клинические рекомендации

«Старческая астения»)

Врач-терапевт участковый, фельдшер ФАП при подтверждении врачом-гериатром диагноза «старческая астения»:

► осуществляет постановку на «Д» учет;

► составляет и выполняет индивидуальный план ведения;

► наблюдает пациентов 60 лет и старше со старческой астенией, включая осмотр пациентов на дому (патронаж).

Медицинская сестра участковая осуществляет патронаж не реже одного посещения в три месяца; врач-терапевт участковый - диспансерный осмотр не реже одного раза в шесть месяцев.

Пациентам 60 лет и старше с синдромом старческой астении один раз в год в рамках диспансерного наблюдения проводится консультация (осмотр) врача-гериатра.

Маломобильным пациентам проводится консультация врача-гериатра в форме ТМК.

Долговременный уход

Важным моментом в работе участковых терапевтов с пожилыми маломобильными пациентами отводится вопросу организации долговременного ухода.

Врач первичного звена должен *оценить характер социальных взаимоотношений пациента*, в первую очередь с родственниками и ближайшим окружением. При выявлении признаков старческой

Депрессия в зрелом возрасте характеризуется как аффективное состояние печали, возникающее в ответ на различные человеческие ситуации. Отмечается подавленное настроение или заметная потеря интереса или удовольствия от деятельности.



астении у гериатрического пациента провести беседу с его родственниками, что позволит выявить особенности личности больного, определить его взаимоотношения с окружающими людьми, возможности семьи в проблеме обеспечения домашнего ухода за пожилым человеком. **Учет социального статуса позволит дать рекомендации** для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом, в том числе рекомендации по питанию, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу.

Важным вопросом является **необходимость обеспечения своевременной социальной помощи и организация квалифицированного ухода на дому**. Взаимодействие с социальными службами по оказанию помощи пожилому человеку, не способному самостоятельно себя обслуживать в повседневной жизни, - важная задача специалистов первичного звена. При выявлении нуждаемости пожилого человека в оказании социально-медицинской помощи и гериатрического ухода, наличия выраженной и полной зависимости от посторонней помощи - информация пе-

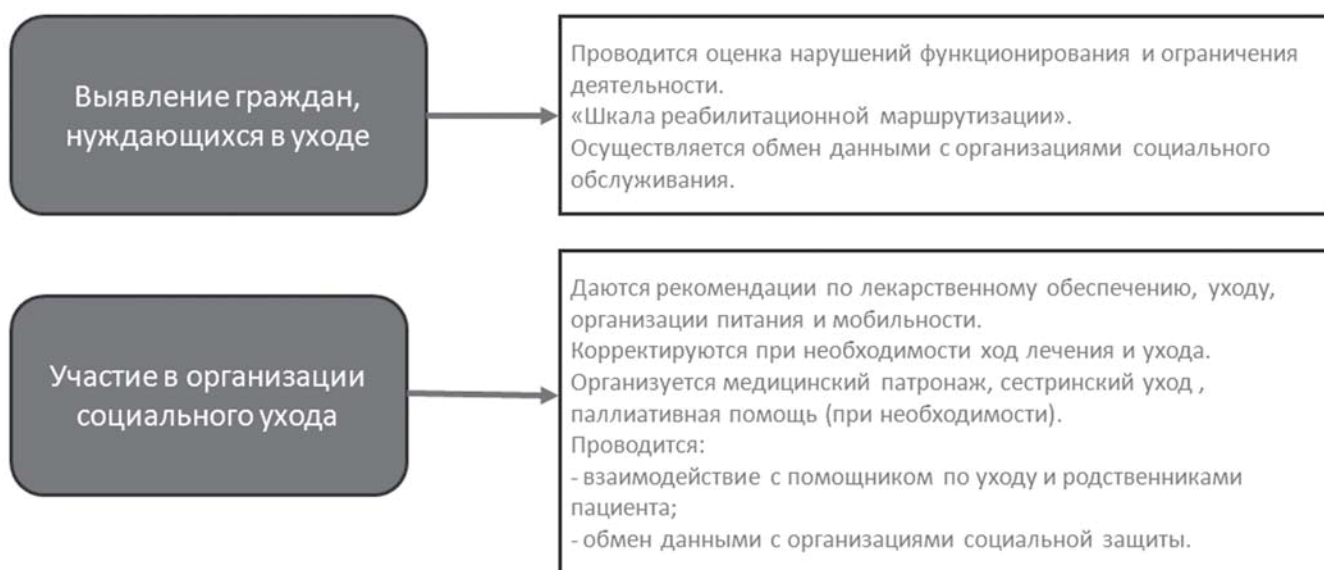
редается в социальные службы по месту жительства. Тесное взаимодействие со специалистами социальных служб позволит скорректировать индивидуальный план ведения гериатрического пациента со старческой астенией.

Важным является **обучение лиц, осуществляющих уход** (родственников, социальных работников), **навыкам ухода, контроля необходимых параметров** (например артериального давления, пульса и т.д.) **и ведению дневников мониторинга, правилам приема лекарственных средств**. Проведение такой работы повысит эффективность медицинского наблюдения за пожилым пациентом, повысит оперативность выявления критических ситуаций, своевременность их коррекции.

Необходимо еще раз отметить, что врачу первичного медицинского звена принадлежит важнейшая роль в определении тактики ведения гериатрического пациента. От степени понимания проблем пожилого человека, правильности оценки его функционального состояния здоровья зависит своевременность оказания медицинской помощи и сохранению активного долголетия пожилого пациента. ®

При выявлении нуждаемости пожилого человека в оказании социально-медицинской помощи и гериатрического ухода, наличия выраженной и полной зависимости от посторонней помощи - информация передается в социальные службы по месту жительства.

Система долговременного ухода. Роль врача первичного звена



Тревожные и депрессивные расстройства при беременности



**Оксана Сергеевна
МЕДВЕДЕВА,**

врач-психиатр
первой квалификационной
категории
амбулаторного
отделения №2
КГБУЗ «Алтайская
краевая клиническая
психиатрическая больница
имени Эрдмана Ю.К.»

Цель лечения женщин с тревожными расстройствами во время беременности - минимизация риска неблагоприятных исходов для матери и ребенка, а не достижение полного контроля симптомов. В большинстве случаев женщины с умеренными эпизодическими симптомами тревоги не требуют специального вмешательства, но они нуждаются в более внимательном наблюдении.

Особое внимание необходимо уделять женщинам с диагнозом «тревожное расстройство», установленным до беременности, а также женщинам с факторами риска его развития.

Частота распространения

Депрессивные и тревожные расстройства относятся к числу самых широко распространенных заболеваний, оказывающих выраженное негативное влияние на заболеваемость, качество жизни пациентов и экономические последствия для общества.

У женщин **депрессивные расстройства** развиваются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. В отдельно взятый момент времени депрессией страдают около **6%** мужчин и **18%** женщин. Риск перенести заболевание на протяжении жизни у женщин составляет **20-25%** по сравнению с **7-12%** у мужчин. Пик начала депрессивных расстройств приходится на репродуктивный возраст 20-40 лет, поэтому они часто наблюдаются в период беременности и лактации.

Большинство **тревожных расстройств** также встречаются у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. На протяжении жизни какое-либо тревожное расстройство переносят около **30%** женщин. Вероятность развития тревожного

расстройства составляет в среднем **18%**, для отдельных видов она колеблется **от 1%** (обсессивно-компульсивное расстройство) **до 8,7%** (специфические изолированные фобии).

Симптомы тревожного расстройства

При тревожном расстройстве выделяют общие симптомы, характерные для всех расстройств, и симптомы, характерные для специфических тревожных расстройств.

К общим симптомам относятся:

- **тревога** - чувство беспокойства, нервозности, взвинченности без видимых причин;

- **раздражение** по отношению к себе, другим, привычным жизненным ситуациям (например, повышенная чувствительность к шуму);

- **возбуждение** - неусидчивость, тремор, кусание ногтей, губ, непроизвольные движения руками, потирание пальцев;

- **боль** - часто головная боль при психологическом напряжении, боль в затылке или диффузная боль в спине (вследствие бессознательного напряжения мышц);

- **реакция «борьбы и бегства»** - резкое повышение симпатического тонуса, сопровождающееся обильным потоотделением, сердцебиением, болью в груди, чувством



сухости во рту, неприятными ощущениями в животе;

- **головокружение** - как правило, не вертиго (вестибулярное головокружение), а чувство дурноты, предобморочное состояние;

- **затруднение мышления** - невозможность избавиться от тревожащих мыслей, снижение концентрации внимания, страх потерять самоконтроль и сойти с ума;

- **бессонница** - в первую очередь, это нарушение засыпания, в некоторых случаях - продолжительности сна (при этом больные обычно жалуются на ощущение постоянной усталости).

Критериями депрессии являются:

- ▶ **подавленное настроение** (которое длится на протяжении большей части дня);

- ▶ **снижение интересов и способности испытывать удовольствие** (ангедония);

- ▶ **значительное снижение или повышение аппетита и массы тела;**

- ▶ **нарушения сна** (бессонница или сонливость);

- ▶ **психомоторное возбуждение или заторможенность;**

- ▶ **повышенная утомляемость, упадок сил;**

- ▶ **ощущение собственной бесполезности или виновности;**

- ▶ **снижение способности к концентрации внимания, принятию решений;**

- ▶ **повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве.**

Депрессивные и тревожные расстройства имеют много общих признаков и симптомов, часто наблюдается их коморбидность.

Факторы развития перинатальной депрессии и тревоги

Беременность не оказывает прогностического действия в отношении развития обострения депрессивных и тревожных расстройств. Напротив, перинатальный период считается периодом высокого риска в отношении возникновения новых слу-



чаев или развития рецидивов депрессии.

Факторы, предрасполагающие к развитию перинатальной депрессии и тревоги:

- ◆ **биологические, медицинские факторы:**

- наличие в анамнезе предменструального дисфорического расстройства и (или) аффективных расстройств в период приема оральных контрацептивов,

- наличие в анамнезе депрессии или тревоги, особенно рецидивирующих эпизодов и (или) длительных эпизодов,

- наличие в анамнезе тревоги, депрессии или колебаний настроения в перинатальном периоде,

- недавняя отмена психотропных препаратов,

- наличие психических заболеваний (в том числе тревоги, депрессии или злоупотребления алкоголем) в семейном анамнезе, особенно среди родственников первой степени родства,

- наличие в анамнезе серьезных осложнений беременности или родов, потери новорожденного,

- плохое физическое здоровье, хроническая боль или инвалидность,

- бессонница,

- депривация сна в перинатальном периоде,

- расстройство циркадных ритмов,

- недостаточное воздействие утреннего света;

Депрессивные и тревожные расстройства имеют много общих признаков и симптомов, часто наблюдается их коморбидность.



Человек под маской своей болезни

◆ психологические факторы:

- перфекционизм и волнение по поводу материнства,
- склонность к самообвинению, низкая самооценка,
- незапланированная или нежелательная беременность,
- ожидание первого ребенка или наличие большого числа детей;

◆ социальные факторы:

- недостаточная поддержка со стороны партнера, семьи и (или) общества,
- насилие в семье, травма или оскорбление в анамнезе (включая и сексуальное насилие в детстве),
- наличие стрессовых жизненных ситуаций в недавнем прошлом,
- низкий социально-экономический статус, отсутствие работы,
- повышенные психосоциальные требования;

◆ питание:

- недостаточное потребление омега-3 полиненасыщенных жирных кислот,
- недостаточное потребление фолатов,
- связанные со стрессом модели питания;

◆ физическая активность:

- недостаточная физическая активность,
- наличие факторов, препятствующих физической активности.

Первый эпизод депрессии развивается в период беременности примерно у 14,5% женщин. В свою очередь, антенатальная депрессия является основным фактором риска развития послеродовой депрессии.

Особого внимания требует повышенный риск суицида и инфантицида. Самоубийство является причиной 20% материнских смертей в послеродовом периоде, причем, большинство суицидов совершают женщины с депрессивным расстройством.

У женщин, страдавших тревожным расстройством, возникали следующие осложнения во время родов: более частое наложение акушерских щипцов, пролонгированные роды, стремительные роды, дистресс плода, спонтанные аборт и преждевременные роды, преждевременный разрыв околоплодных оболочек и повышенная частота оперативных родовых разрезов.

Возникающие осложнения со стороны новорожденных: за-

медление моторного и когнитивного развития, нарушения адаптации в первые два года жизни, низкие масса тела и количество баллов по шкале Апгар при рождении, у плодов - нарушение гемодинамики и двигательной активности.

Кроме того, у детей, рожденных матерями с тревожным расстройством, в дошкольном возрасте наблюдались эмоциональные и поведенческие проблемы, повышенный риск развития тревожного расстройства.

Ведение женщин с депрессивными расстройствами в перинатальном периоде

Женщин детородного возраста, страдающих депрессивным расстройством, следует **предупреждать о необходимости планирования беременности и обсуждения плана ее ведения с лечащим врачом.** Учитывая высокую распространенность депрессивных расстройств, рекомендуется **проводить скрининг на наличие этого расстройства** в медицинских учреждениях, которые осуществляют наблюдение беременных.

Врачам необходимо обращать внимание на наличие симптомов депрессии у беременной и при сборе анамнеза выяснять наличие в настоящем или прошлом тяжелых психических заболеваний, в том числе шизофрении, биполярного аффективного расстройства (БАР), послеродового психоза и тяжелой депрессии; лечение у психиатра в анамнезе, наличие госпитализаций по поводу психических заболеваний; а также наличие психических расстройств в перинатальном периоде в семейном анамнезе.

Скрининг депрессии необходимо проводить и в постнатальном периоде. Непосредственно после родов распрост-



раненность симптомов депрессии низкая. В первые дни постнатального периода у 35-80% матерей развивается послеродовое уныние. **Скрининг послеродовой депрессии рекомендуют проводить через 4-6 недель после родов.**

Депрессия у женщины может развиваться и в более позднем периоде - до 3-4 месяцев после родов. **Предиктором развития депрессии в более позднем периоде** может быть **наличие** в первый месяц после родов **таких симптомов, как** расстройства засыпания и мысли о смерти, особенно у женщин более молодого возраста и перенесших депрессию в антенатальном периоде.

Лечение

В случае выявления депрессивного расстройства в период гестации женщине **необходимо обеспечить консультацию врача-психиатра и проводить дальнейшее наблюдение совместно с ним.** После подтверждения клинического диагноза депрессии необходимо оценить ее тяжесть. Женщинам с тяжелой депрессией и (или) суицидальными мыслями рекомендуется **срочная госпитализация в психиатрический стационар.**

Решение о проведении фармакотерапии депрессивного расстройства в период беременности и выбора лекарственных средств должно приниматься совместно акушером и психиатром с учетом предпочтений самой женщины и желательно с участием ее партнера и (или) родственников. Для этого женщине необходимо в доступной форме объяснить пользу и риски, связанные с терапией и ее отсутствием, и получить от нее подписанное информированное согласие на лечение, в котором необходимо указать популяционный уровень врожденных аномалий (2-4%).



Соотношение пользы и риска лекарственной терапии должно оцениваться индивидуально у каждой женщины. При этом следует принимать во внимание:

- *риск рецидива или ухудшения симптомов заболевания* и способность женщины справляться с не тяжелыми симптомами;

- *тяжесть предыдущих эпизодов депрессии*, ответ на лечение и предпочтения самой женщины;

- *вероятность того, что отмена препарата* с доказанной тератогенностью уже при наступившей беременности *не устранит риск развития мальформаций*;

- *риски, связанные с резкой отменой препарата*;

- *необходимость в срочном лечении* в связи с потенциальными негативными последствиями нелеченого психического заболевания на плод, новорожденного;

- *потенциальный риск негативных последствий применения фармакотерапии* во время беременности и в послеродовом периоде, включая риск передозировки;

- *возможность продолжения лечения* в период грудного вскармливания.

Выбор терапевтического вмешательства в послеродовом периоде зависит от тяжести депрессии, предпочтений женщины и ее намерений в отношении грудного вскармливания.

Основными лекарственными средствами для лечения послеродовой депрессии, также как и антенатальной, являются **антидепрессанты**. *Применение препаратов других групп (прогестерона, омега-3 жирных кислот, тироксина) для профилактики или лечения постнатальной депрессии не может быть рекомендовано в связи с недостаточностью и противоречивостью данных.*

Со всеми женщинами, имеющими тревожные и депрессивные расстройства, необходимо проводить психообразовательную работу, в доступной форме объяснять им этиологию этих расстройств, их течение во время беременности, потенциальное влияние на исходы, методы лечения и связанные с ними риски. Женщинам с легкими и умеренными симптомами в первую очередь показана психотерапия.

Для определения степени тяжести тревоги и депрессии, а также для подбора терапии рекомендовано обратиться к врачу-психиатру. ☺



С ним зарождалось Демидовское братство...

В этом году писателю и первому Президенту
Алтайского Демидовского фонда

Александр Михайловичу РОДИОНОВУ

6 мая (1945-2013 годы жизни) исполнилось бы 80 лет!

Мое знакомство с Александром Михайловичем произошло, прямо сказать, неожиданно, в 1992 году. Проживаю в поселке Южный, дома звонит телефон: «Я писатель Родионов, хочу с вами встретиться, у меня есть важный и срочный разговор...» Незамедлительно приезжает да с подарком - керамическим подсвечником (называет его автор, увы, не запомнила, выясняла позже) - и с жаром рассказывает об идее Демидовского фонда на Алтае, строительстве «Демидовского центра» на улице Радищева в Барнауле...

С того момента примерно год было эпизодическое общение с участниками демидовского движения в уютном здании Союза архитекторов Алтайского края на улице Анатолия - негласная штаб-квартира фонда, там камерно прошла и первая церемония вручения Демидовских премий. Кстати, во время ряда таких встреч реально стоял вопрос о закрытии проекта «Демидовский фонд». Накопились долги перед бюджетом, в том числе просрочено выполнение муниципального заказа мэрии по работе над летописью Барнаула. **Наверно, в тот, действительно, очень сложный период нам удалось не похоронить идею (хотя предпосылки для этого и были) потому, что мы были способны действовать!** Всем учредителям Демидовского фонда пришлось объективно оценить ситуацию, принять принципиальные решения, в том числе и

по формализации и упорядочению ведения финансовых дел, и ряд других организационных моментов. Что и дало силы нашему «демидовскому движению» продолжать деятельность.

В тот период в силу своих рабочих контактов удалось привлечь к участию в работе Демидовского фонда ряд ведущих промышленных предприятий края: Барнаульский шинный завод (директор **Ю.М. Бобков**), станкостроительный завод (**П.С. Кулагин**, позднее **В.Г. Горшков**, **В.А. Яшкин**), Барнаултрансмаш (**В.А. Каргаполов**), АЗПИ (**В.А. Герман**), позднее ряд других предприятий. Церемонии вручения гуманитарных Демидовских премий стали яркими, содержательными, торжественными с широким представительством творческой интеллигенции: писателей, художников, архитекторов, артистов и музыкантов, промышленников и предпринимателей, представителей краевой власти и города Барнаула.

...В 1994 году в мартовском номере журнала «Алтай» публи-



кован «АЗЪ ГРЕШНЫЙ». Александр Михайлович Родионов строит новые планы. В разговорах о судьбе русской деревне выясняем, что он «агрономкин сын» - так его называли односельчане. Ну а то, что мой дед Семен и мой отец Валентин по профессии тоже агрономы и не изменили делу хлеборобов - очень его впечатлило. С тех пор неизменным приветствием при наших встречах было: «Привет, агрономкина дочь» - ну отзыв понятен!

В 1995 году Александр Михайлович знакомит с группой замечательных ученых - историками **В.А. Скубневским**, **А.В. Старцевым** и **Ю.М. Гончаровым**, выполнивших уникальную работу по созданию энциклопедии «Предприниматели Алтай 1861-1917 годов». При финансовом участии **В.В. Козлова** она была издана неслыханным по тем временам тиражом - 3000 экземпляров и передана в краевые, муниципальные и школьные библиотеки края.



В феврале 1995 года газета «Добрый день» нашего издательства начинает издание «Демидовского вестника», которое талантливо продолжил «Алтапресс» (Ю.П. Пургин) выпусками к Демидовской церемонии, а сейчас - наш журнал по отдельным событиям Демидовского фонда и его участников.

Думали с Александром Михайловичем и об изменении дизайна медали лауреата Демидовского фонда, даже разработали и изготовили образец! Но...

Передав в 2001 году пост Президента Демидовского фонда, Александр Михайлович Родионов не оставил своего активного участия в проектах Демидовского фонда. В частности, состоявшийся визит на Алтай Нины Григорьевны Демидовой - его реализованная задумка.

Несмотря на разногласия по отдельным вопросам и своеобразие характеров, людей объединяют общие дела, позиция по принципиальным вопросам, взгляды на происходящие. И главное - реальные дела! Знаю, среди сегодняшних участников Демидовского движения много людей, кто лично был знаком с Александром Михайловичем. Кто разделяет его позицию горячего патриота нашего края, участвуя в сохранении культурного наследия региона, и сохранил добрую память о нем.



ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (257) май 2025 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 27.05.2025 г., фактически - 14:00 27.05.2025 г. Дата выхода: 30.05.2025 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» - Адрес издателя: 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, г. Барнаул, пр. Ленина, 56.

E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>.

Архивные материалы журнала на сайте: <https://www.zdravalt.ru/> и <https://alt-hospital.ru/>

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

Почетный Президент Алтайского Демидовского фонда Владимир Филимонович ПЕСОЦКИЙ отметил 85-летие!

Владимир Филимонович - на Алтае человек известный и заслуженный.

Его личное участие в поддержке Демидовского фонда на разных этапах его развития отмечено в 2016 году присуждением ему коллегами звания «Почетный Президент Демидовского фонда».

На первых этапах Алтайсбербанк по инициативе его руководителя Владимира Филимоновича Песоцкого патронировал номинацию «Музыка и исполнительское искусство» гуманитарных Демидовских премий. А с 2001 года Владимир Филимонович, как избранный Президент Демидовского фонда, взял на себя ответственность за продолжение и развитие его деятельности. Его авторитет и личное участие в работе фонда позволило привлечь новых участников в состав Попечительского совета, сохранить традицию вручения гуманитарных Демидовских премий. С 2001 года Демидовский фонд начал вручение премий «За достижения в промышленном производстве и предпринимательстве», а с 2003 года с его подачи премия «Общественная деятельность» (1995-2000) была возобновлена в другом формате - присуждение Попечительским советом Почетного звания Алтайского Демидовского фонда «Прославляющий Алтай».

Владимир Филимонович продолжает активно участвовать в мероприятиях Демидовского фонда. Его созидательная общественная деятельность отмечена и Международным Демидовским фондом.

От всего демидовского движения края - слова благодарности и самые добрые пожелания Владимиру Филимоновичу! Долгие лета!

