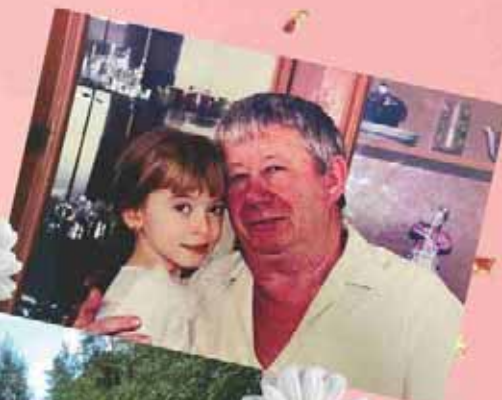


6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (235) ИЮЛЬ 2023



8 июля -

День семьи, любви и верности



Мы открыты к партнерству...

Здоровая семья – это здорово!
(По волне моей памяти...) **20 лет**

Первого июля 2003 года, 20 лет назад (!), в барнаульском парке «Солнечный ветер» стартовал наш общественный демографический проект «Здоровая семья - это здорово!». В то время наша идея по санитарному просвещению, даже формированию своеобразной системы образования населения по вопросам здорового образа жизни, которая стала реализовываться нами в этом проекте, - была достаточно инновационной. В рамках проекта одновременно создавался и краевой медико-социальный журнал «**Здоровье алтайской семьи**».

Думаю, время подтвердило, что и идея такого проекта, и организация тематического журнала были актуальными и востребованными. И, мы считаем, таковыми и остаются.

Обращаясь к нашим публикациям того времени, материалам о публичных акциях, которые проходили в рамках проекта в городах и районах края, на которых мы разъясняли цели и задачи нашей работы, могу уверенно сейчас сказать, что они были выбраны правильно. **А цели и задачи тогда мы определили весьма амбициозно:** содействие достижению основных демографических целей за счет снижения сверхсмертности, увеличения продолжительности жизни, уменьшения числа заболеваемости, смертей и страданий от сердечно-сосудистых и других хронических инфекционных заболеваний, в основе которых лежат факторы, обусловленные неправильным образом жизни. Может быть, именно такая постановка задач привлекла тогда к проекту авторитетных, состоявшихся специалистов в различных сферах: врачей, ученых, социальных работников, педагогов, творческую интеллигенцию, представителей социально ориентированного бизнеса.

Серьезную заинтересованность в проекте проявили муниципальные образования - при активном участии администраций городов и районов, при содействии медиков и советов женщин. Только за первые три года проекта тематические встречи по этой проблеме состоялись более, чем в половине территорий края - в 43! Со своими партнерами мы приготовили убедительные, на наш взгляд, презентации, в которых использовали результаты исследований, данные медицинской статистики по показателям здоровья, смертности, реализации социальных программ в Алтайском крае, Российской Федерации, разных странах мира.



«Здоровая семья - это здорово!» 20 лет

Тогда, в 2003-м и в последующие годы, нам было нужно просто, но аргументировано и доходчиво рассказать руководителям территорий, работникам бюджетной сферы - социальным работникам, учителям, работникам библиотек и сельских клубов, представителям СМИ и бизнеса и, как это не парадоксально, широкой медицинской общественности - о том, например, что преобладающей причиной смертности, причем, в наиболее творческом, трудоспособном возрасте, является смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Что по этим причинам в России она в 2,5 раза выше, чем в среднем в Европе и почти в 4 раза выше, чем в Финляндии. Нужно было объяснить и то, что, к сожалению, улучшение диагностики и лечения этих заболеваний (в том числе и высокотехнологичными методами), **безусловно, смогут снизить абсолютные показатели смертности и чуть увеличить среднюю продолжительность жизни, но не могут принципиально снизить заболеваемость (а следовательно, и смертность как социальный показатель!).**

Мы постоянно говорили: **принципиальное решение проблемы высокой смертности - не дать человеку заболеть!** Предостеречь его и убедить от воздействия вредных факторов. **И, надеемся, что довольно скоро в этом и будет состоять главное предназначение врача!**

Методы противостояния стремительному росту сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний (например, онкологических, в основе которых, прежде всего, лежат факторы риска) - по сути своей просты! Нужно максимально, причем, осознанно исключить эти факторы риска.

Но мы, население, не хотим быть здоровыми и живыми. Вернее - хотим, но не хотим прикладывать для этого достаточных, порой даже минимальных, усилий! Более того, наоборот, мы прикладываем массу усилий, чтобы заболеть! Курение, злоупотребление алкоголем, некачественные питание и вода, адинамия, неумение противостоять стрессам - вот неполный перечень наших «достижений» в этой сфере.

Но даже для такой подготовленной (выбранной нами целевой) аудитории информация, изобилующая цифрами, графиками, примерами, в



сравнении с другими странами, медицинской статистикой по стране, конкретно по нашему краю, - оказалась, можно сказать, ошеломляющей.

«Почему мы молчим? Почему мы все бездействуем?! Можно ли повлиять и как изменить такую безрадостную картину?» - вот главные вопросы, которые тогда мы получали от слушателей.

Опыт других убеждает, что, да, изменить эту картину можно! Требуется серьезная широкомасштабная профилактическая программа. Конечно, можно ждать, когда такие решения будут приняты на государственном уровне, но можно просто начинать с себя.

Именно действовать по принципу «начать с себя» мы и предлагали.

«...Вы, как наиболее образованные, наиболее авторитетные (наиболее успешные в глазах земляков) работники администраций, учителя, медики, работники культуры, милиционеры - именно вы сами должны стать приверженцами здорового стиля жизни и активно пропагандировать его», - обращались мы к аудитории. - «У вас всех есть возможность нести культуру здорового образа жизни дальше. Через свои коллективы, работая с дошкольниками и школьниками, через родительскую общественность, создавая «клубы здоровья» при центрах помощи семье и детям, центрах социальной защиты, на предприятиях малого и сред-

него бизнеса. Главное, должна быть общественная инициатива, понимание того, что выход из демографической катастрофы - это главная национальная задача».

Мы считали и считаем, что важно повлиять на формирование личной ответственности человека за индивидуальное здоровье, качество жизни свое и своей семьи. Это, по нашему мнению, можно сделать за счет активного исключения факторов риска, обучения населения навыкам сохранения и самоконтроля показателей своего здоровья. Так, с 2010 года, по инициативе партнеров по нашему проекту, **ноябрь месяц нами объявлен Месячником активных действий противодействию курению и алкоголизации населения края.** Нами несколько лет проводились масштабные публичные акции. Например, итоговое мероприятие месячника, которое прошло 1 декабря 2010 года, собрало в театре музыкальной комедии и дворце культуры г.Барнаула более 800 человек из 30 территорий края. Помимо системного размещения по этим проблемам материалов в журнале, издавались и тематические выпуски журнала «Алкоголь - вкрадчивый враг!» и «Алтайский край без табака!».

Наряду с ежемесячными выпусками журнала нами практиковалось и издание библиотечки «Школы здоровья - школы профилак-



«Здоровая семья - это здорово!» 20 лет

тики», в которой вышел целый ряд тематических выпусков: «Школа профилактики артериальной гипертонии», «Жизнь с сахарным диабетом», «Тиреоид», «Школа ответственного родительства». В 2008 году в журнале ежемесячно выходили материалы в рубрике «Школа приемных родителей», после в библиотеке журнала вышел и специальный одноименный выпуск.

Мы разделяем приоритеты семейной политики края - поддержка здоровой многодетной семьи, сохранение детям кровных родителей, более эффективное межведомственное взаимодействие в вопросах работы с семьей, охраны здоровья детей, укрепление семейных ценностей, формирование ответственного родительства (отцовства и материнства). Поэтому кроме

чества медицинской помощи - существенную роль в этом должна сыграть разработка и реализация комплексной системы санитарно-гигиенического просвещения и воспитания населения, повышения культуры здоровья граждан, формирования здорового образа жизни.

Идеологический фактор, изменение сознания людей, мотивация их заботиться и быть ответственными за состояние собственного здоровья - пожалуй, самая сложная задача этого периода.

Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи в увеличении продолжительности жизни требуют мобилизации огромных материальных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований. Были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Кроме того, резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья.

Действительно, у довольно значительной части населения меняется отношение к своему здоровью. Многие осознанно исключают факторы риска, меняют собственный стиль жизни, жизни своей семьи, уверенно рассуждают о «пирамиде здорового питания» (пусть и не всегда на нее «взбираются» - соблазны фастфудов и кондитерского изобилия сбивают с выбранного пути) и т.д. Охотнее занимаются активными формами отдыха, доступнее стали и спортивные площадки, в том числе в местах массового отдыха, на придворовых территориях. Появился некий тренд, особенно у молодых, отказа от курения, употребления алкоголя. Более взвешенно молодые семьи подходят к планированию семьи, в том числе и в медико-социальных аспектах.

Важность проблемы, в решении которой и мы стараемся внести свою лепту, столь велика, что мы не имеем

права отказаться от этого проекта в пользу каких-либо других, может быть, более «ярких» инициатив. Безусловно, мы фиксируем свое внимание не только на достижениях в вопросах здравоохранения, семейной, демографической политике, но и говорим о нерешенных проблемах или их игнорировании, о неэффективном использовании имеющихся ресурсов, ошибках. Понимаем, что свою лепту в корректировку текущих задач, отдельных приоритетов в решении социальных проблем для участия в пандемии 2020-2023 годов, последствия которой еще весьма болезненны, и нынешняя геополитическая ситуация, реализуемые непростые задачи и государством, и обществом в рамках СВО.

Очевидно одно - демография во всех своих составляющих стала не просто национальным приоритетом в социальной политике. Это тот вызов, место в котором для участия в решении задач есть каждому из нас.

По нашему мнению, общественная работа в этом направлении приобретает еще большую актуальность и значимость.

Особая благодарность активу проекта, Редакционному совету и авторам журнала «Здоровье алтайской семьи». Я не ставила целью в хронологии подвести итог нашей командной 20-летней (!) работы, не называю всех имен и регалий участников акций и авторов материалов в журнале - они известны. Мы размещали и продолжаем давать информацию о наших программах в журнале, поддерживаем и другие инициативы разных общественных организаций, политиков. Журнал по своей сути является трибуной, рупором их профессиональной и гражданской позиции. Их многолетняя, системная, сподвижническая, подчеркну, и публичная деятельность - важная составляющая общественной жизни края. Их позиция, деятельное участие в решении многих социальных проблем - результативно, а настрой на продолжение партнерства внушает уверенность в правильности выбранного нами пути, взвешенный оптимизм в части расширения круга наших сторонников и сподвижников.

Мы открыты к партнерству! ☺

Ирина Валентиновна КОЗЛОВА,
главный редактор



образовательных программ по ЗОЖ в рамках проекта в разные годы реализовывались и другие программы: «Школа приемных родителей. Согрей теплом родительского сердца», «Воспитавай здоровым», «О мире и о войне. Вахта памяти», «Любить по-русски!», «2010 год - Год учителя. Научи учителя!», «Школа многодетной семьи», «Первоклассник, вырасти дерево!», «Молодые!» и другие.

Мы убеждены, что, только объединив усилия государства, общественного сектора для решения наиболее значимых и приоритетных проблем сохранения здоровья, мы можем говорить о реализации национального проекта «Здоровье», программы «Демографическое развитие» как проектов, в реализацию которых действительно активно вовлечена НАЦИЯ.

Совершенно очевидно, что наряду с другими принимаемыми мерами: проведение профилактических осмотров, повышением доступности и ка-





6
*Детские травмы,
которых можно
избежать*



*Чем может быть
опасно падение для
пожилого человека*



*Репродуктивные
риски при
андрологических
заболеваниях
у подростков*



Летние витамины



*Как искусство
влияет
на психологическое
здоровье*

На обложке: коллаж ко Дню семьи, любви и верности. Фото из личного архива И.А. Вейцман.

Мы открыты к партнерству...
«Здоровая семья - это здорово!» 20 лет 1-2

И.А. Вейцман.
Немного о счастье в жизни: дом, семья, работа..... 4-5

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!
А.В. Шмат. Детские травмы, которых можно избежать 6-7

Поздравляем алтайских врачей! 8

Новости здравоохранения России 9

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!
Т.А. Старцева, И.А. Вейцман.
Медико-педагогический консилиум: готовим ребенка к школе 10-11

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+
Н.Г. Целюк. Чем может быть опасно
падение для пожилого человека 12-15

Качественное лечение пациентов с гепатитом С 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА
Л.А. Хорева. Внутриматочная система «Мирена»:
больше, чем контрацепция 16-17

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!
И.В. Трунов. Репродуктивные риски
при андрологических заболеваниях у подростков 18-19

Законы, вступающие в силу в июле 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
А.Д. Сидорова. Преодолеть страх мобилизации 21-22
Е.Ю. Зубова. Ассистирование или работа в «четыре руки» 23-24

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!
Е.А. Тайлакова. Преждевременное половое
развитие, половая зрелость - от нормы к патологии 25-30

Новости здравоохранения России 31

Никотиновая кислота для здоровья волос 32-33

Сохраняем молодость кожи 34-36

Летние витамины 36-37

Как искусство влияет на психологическое здоровье 38-40

Демидовский вестник, июль 2023 года
Историк семей Сибири 41-42

Любовь к искусству через года.
К 80-летию Л.Н. Шаминой 43-44



День семьи, любви и верности

Этот праздник в России каждое 8 июля отмечается совсем недавно - с 2008 года, но 28 июня 2022 года Указом Президента РФ он установлен как официальный праздник и приурочен ко Дню памяти святых Петра и жены его Февронии.

Семья - понятие не абстрактное. У меня помимо своей семьи (это святое!) возникают очень живые и добрые ассоциации в общении с семьями наших друзей, коллег, единомышленников. Невольно радуешься за них, учишься у них, сопереживаешь их проблемам.

Особый круг моего общения - это актив нашего журнала. Благодаря Редакционному совету, его авторам, узнаю очень много полезного для себя, своей семьи, получаю новые идеи, да и просто очень позитивное и доброе общение, помощь и поддержку.

Один из постоянных авторов журнала, деятельный член Редакционного совета - это **Инна Александровна ВЕЙЦМАН**. Если официальным языком, то можно ограничиться таким представлением: «Окончила в 1998 году лечебный факультет АГМУ, прошла интернатуру по терапии на базе краевой клинической больницы, в 2000 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «эндокринология», с 1999 по 2015 годы - врач-эндокринолог эндокринологического отделения краевой клинической больницы. В 2013 году по своей инициативе получила дополнительное образование в Алтайской педагогической академии по направлению «Психология в образовании». С 2015 года - доцент Алтайского государственного медицинского университета. Систематически повышает свою квалификацию по

выбранной специальности - и детской, и взрослой эндокринологии. Создатель и руководитель научного кружка «Эндокринная респодия» в АГМУ, привлекает и его участников к просветительским акциям».

Почему именно интервью с ней мы даем ко Дню любви, семьи и верности - думаю, поймете, прочтя материал. Но есть и еще несколько личных обстоятельств. Как оказалось, Инну Александровну я узнала «заочно» задолго до нашего официального знакомства. С ее сестрой - Ларисой Александровной - мы работали в одной организации в начале 2000-х. Помимо высоких профессиональных качеств Ларису Александровну отличали хорошие манеры, очень грамотная, выверенная речь, элегантный стиль в одежде. На мой комплимент по этому поводу она очень искренне заметила, что это «*благодаря моей бабушке, которая замечательно умеет шить и балует меня с сестрой нарядами, и нас очень многому научила!*» И буквально после нескольких фраз стало ясно, что бабушка - это та основа, стержень дружной семьи, в которой царят лад и понимание. (Кстати, бабушка Нина Ивановна Вейцман дожила до 99 лет!)

И позднее, познакомившись лично с Инной Александровной, я поняла, что дух семьи, понимание своей женской роли, высокой миссии дочери, жены, матери, обе сестры получили еще девочками в своей семье. И по этим лекалам, уже выверенным и жизнью, и опытом предыдущих поколений, они строят жизнь и в своих семьях! Ну а когда Инна Александровна обмолвилась, что у ее дочери Ксении 8 июля день рождения - выбор даты нашего интервью был предрешен.

Немного дом,



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана, доцент высшей аттестационной комиссии (ВАК) ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

- Нередко устойчивую фразу «дом, семья, работа» произносят в наискучнейшем смысле. Вот, якобы, и вся жизнь в этих трех словах пролетает. А ведь вкус и содержание этих слов мы формируем сами!

Для меня дом, семья, работа - это и есть смысл жизни, это ее наполненность, это - вдохновение, радость побед и это повод, чтобы встать с колен, если упал.

Самая главная задача человека в глобальном смысле - оставить продолжение во всем: в детях, учениках, книгах, картинах. Жизнь не бывает безоблачной, и перемены в ней являются хорошей приправой к ней, дающей возможности «улучшить вкус» и двигаться вперед.

Движение, перемены, продолжение - так бы я охарактеризовала секрет своего счастья. Вообще, искать радость - это неназванный биологический инстинкт выживания.



О счастье в жизни: семья, работа...

Дом...

Как говорила моя бабушка, «дом - это то место, куда хочется возвращаться всегда, независимо от обстоятельств жизни, там, где всем хорошо». У нас в семье есть традиция - совместный ужин, который собирает нашу семью за столом, когда вместе обсуждаем события дня, строим планы, иногда и спорим.

Академик Дмитрий Лихачев писал, что культура человека проявляется именно в домашнем кругу, в нем человек искренен. Атмосфера, запах, чувство безопасности и защищенности - это и есть настоящий дом!

А еще наш дом наполнен головами собак. Животные учат безусловной любви. Прав Александр Розенбаум: «мир дому, где собак и лошадей любят!»

Семья...

Мои трое детей - две дочери и сын, они разного возраста, разных взглядов на жизнь, у них раз-

ные характеры. Они мои «лебедь, рак и щука». Мои три разного цвета страницы в ежедневнике. Моя палитра эмоций и многозадачность. Когда меня спрашивают: «Почему, а главное - зачем трое?» Отвечаю, не задумываясь: «Да, это работа 24/7, но главное - это огромная любовь, которая дает силы и смысл жизни».

Надо сказать, есть маленький секрет, как оставаться молодым - **надо учиться у молодых!** Каждый ребенок - это личность! Мое кредо: научи любить, покажи мир и отпусти.

Работа...

Могу проассоциировать себя с многорукой индийской статуей. Врач, преподаватель высшей школы, эксперт. Многокомпонентность работы развивает логику, расширяет профессиональный кругозор, учит уважать время и управлять им, позволяет коммуницировать с различными людьми. Главное - равновесие и баланс. Истину нахожу в книгах. В на-

ставлении своим студентам всегда говорю: «Читайте всегда, когда знаете и когда не знаете. Книга не обманет и не подведет, в ней найдете ответы».

Имея 25 лет врачебного стажа, понимаешь, что в **медицине есть рациональное (знания) и иррациональное (интуиция), которые вместе и дают мудрость врача.**

Я благодарна Богу, что он определил мой путь врача и учителя. Путь, который приносит мне - удовлетворение, моим пациентам - улучшение здоровья, моим ученикам - знания и мотивацию к врачеванию.

Постскрипtum

Как у любого человека, у меня есть «время табу», время общения только с собой, время хобби. Это время «перезагрузки». Уверена, такое время должно быть у всех! Если его нет, то человек истощается энергетически, у него перестают гореть глаза и меркнут краски жизни.

Моя «перезагрузка» - это роллер-спорт и книги.

Как доктор, женщина и мама, я четко знаю, что человек пришел в эту жизнь, чтобы нести добро и быть счастливым!

Как говорила очень уважаемая мною нейрофизиолог Наталья Бехтерева, которая знала все «лабиринты мозга»: «Счастье - это то, чем можно прямо сегодня и сейчас поделиться с другими, нечто крошечное, хрупкое и ужасно важное». 🍷

На фото (из семейного архива автора): «Бабушка Нина Ивановна и папа Александр Яковлевич - это фундамент нашей семьи, они всегда верили в меня и помогали. Папа и сейчас очень гордится своими детьми».



Детские травмы, которых можно избежать



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

Считается, что в работе травматолога-ортопеда прослеживается выраженная сезонность. Такой аспект работы, несомненно, присутствует. Поэтому сегодня тема нашего разговора - летний сезонный детский травматизм.

Особенности летних травм

В отличие от зимних травм главной отличительной чертой летнего детского травматизма является **высокая энергия травмы**. Подразумевается, что зимой все падения и обстоятельства травмы связаны, как правило, с падением с высоты собственного роста, реже - на горках. Летние же травмы зачастую связаны со средствами мобильности: велосипедами, самокатами, а в последние три года - электросамокатами.

К тому же, как и десять лет назад, летом всё чаще имеет место быть **катотравма**, когда дети получают падения с высоты: с заброшенных зданий, лестниц, деревьев, тарзанки и т.д.

В связи с более высокой энергией самой травмы процент переломов из общего числа обратившихся пациентов растет, как растет и процент тех, кому необходимо вмешательство (закрытое сопоставление отломков/репозиция или открытое сопоставление отломков/оперативное вмешательство).

Почему СИМ небезопасны

Отдельно хочется остановиться на средствах индивидуальной мобильности (СИМ), в частности на электросамокатах, и, что касается подростков и детей старшего возраста, на скутерах и малокубатурных мотоциклах.

За последние несколько лет электросамокаты стали притчей во языцах, и случаи, с ними связанные, регулярно попадают в сводки «дежурной части» на том или ином канале центрального

телевидения. Несмотря на ужесточение регулирования их отпуска и использования, ужесточение под них правил дорожного движения, выделения мопедов и малых мотоциклов в отдельные категории прав, - нередки случаи таких подарков своим детям со стороны взрослых. А ведь принятые ужесточения написаны чей-то болью.

Представьте себе ситуацию: электросамокат, даже по новым правилам, может спокойно двигаться на скорости 20км/ч, многие же не прокатные едут и того быстрее. Чтобы понимать: 20 км/ч - это очень быстрый бег хорошо натренированного человека. На такой скорости езды при попадании переднего колеса в яму **ребенок или подросток просто не успевает среагировать, и на той же скорости летит вперед, как правило, ломая себе то, что успевает выставить для подстраховки.**

Детей, к сожалению, не обучают централизованно использованию этих средств передвижения, и мнимая легкость использования СИМ снижает страх от возможной травмы. Поэтому так **важна ответственность родителя в обучении своего ребенка правилам использования этих средств и правилам дорожного движения.**

Летние травмы

В структуре травматизма, как летом, так и зимой, преобладают **травмы верхних конечностей.**

Исключительно летними можно назвать **травмы, связанные с купанием на необорудованных пляжах** (раны нижних конечностей при насту-



Поздравляем алтайских врачей!

Определены победители Всероссийского конкурса врачей 2023 года. И два представителя нашего региона вошли в их число.

Врачи Алтайского края на протяжении многих лет становятся лауреатами этого престижного профессионального конкурса.



Врач-эндокринолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Алла ВИГЕЛЬ стала победителем в номинации «Лучший эндокринолог».

Алла Константиновна Вигель в 1998 году после окончания вуза пришла в краевую больницу врачом-эндокринологом. Она из семьи врачей: отец - травматолог, мама - преподаватель в медицинском вузе, дедушка - один из основателей АГМУ, супруг тоже врач-травматолог. Сама она пришла в ККБ эндокринологом в 1998 году сразу после окончания вуза. По ее словам, «наши пациенты получают лечение по мировым стандартам, можем реализовывать новые методы, которые недавно стали внедрять в медицину, - и в этом большая заслуга руководства. Я

стараюсь сделать так, чтобы врачи стремились отдавать пациентам частичку души. Ведь у нас непростая специфика, некоторых пациентов ведем многие годы».

Третье место в номинации «Лучший участковый терапевт» заняла врач-терапевт участковый КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул» Наталья СКВОРЦОВА.

Наталья Валерьевна Скворцова работает в барнаульской поликлинике №9 с 2001 года. Отлично ориентируется в различных проблемах своей специальности, хорошо знает ее специфику, так как постоянно работает над повышением своего профессионального уровня. Наталья Валерьевна - прекрасный диагност, в работе руководствуется современными достижениями и рекомендациями медицинской науки. А свои знания и опыт передает как наставник молодым специалистам.



Терапевтический участок Натальи Скворцовой по показателям, оценке коллег и пациентов в течение длительного времени является одним из лучших в районе. Она смело берется за внедрение новых методик в своей работе, добиваясь при этом высоких результатов. Например, на ее участке реализуется федеральный проект по дистанционному мониторингованию пациентов с гипертонической болезнью. И результаты проекта - одни из лучших в России. 🌟

В 2023 году Всероссийский конкурс врачей проводился по 36 номинациям. Участие в нем принимали врачи, стаж работы которых по специальностям, соответствующим номинациям, составлял не менее 10 лет, при этом не менее 5 лет - в организации, которая выдвигала врача на конкурс.

Конкурс проходил в три этапа. На первом этапе (до 1 апреля) кандидатуры выдвигались структурными подразделениями медицинских организаций. Затем для проведения второго этапа (который проходил весь апрель) формировались конкурсные комиссии, в состав которых входили представители региональных органов исполнительной власти, а также медицинских научных и общественных организаций. Окончательное решение на третьем, завершающем этапе (с 1 мая) принимала Центральная конкурсная комиссия.

По информации сайта министерства здравоохранения Алтайского края



Инновации против болезни Паркинсона

Нейрохирурги ялтинского филиала Центра специализированных видов медпомощи и медицинских технологий ФМБА выполнили операцию имплантации системы глубинной стимуляции мозга у пациента с болезнью Паркинсона. Теперь такой метод лечения в Крыму доступен пациентам со всех уголков России.



70-летнего пациента с диагнозом «болезнь Паркинсона» перед вживлением в мозг электродов для глубинной стимуляции медики серьезно подготавливали: тестировали равновесие и работу рук, провели КТ головного мозга. Первый этап операции проводился под местной анестезией: через небольшой разрез в черепной коробке - «мишень» диаметром 3-6мм - пациенту, который находился в сознании, вживили нейростимулятор. После - снова КТ и новая операция: вживляется система генератора импульса. Так подавляются определенные структуры мозга, и симптомы болезни ослабевают.

Нейросеть для поиска красителей

Подбирать состав для люминофоров - светящихся красителей, которые используют в диагностике и лечении заболеваний, - будет искусственный интеллект. Его создали ученые из Иванова - сотрудники Института химии растворов РАН и химико-технологического университета. В поиске нужных молекул машина анализирует тысячи вариантов за считанные секунды.

Светящиеся красители широко используются в медицине, они позволяют обнаруживать и маркировать в организме определенные вещества. Например, комплексы бора (III) с дипиррометенами, которые обладают яркой окраской и флуоресценцией в видимой области спектра, устойчивы к ультрафиолетовому облучению и температурам до 350°C. Попадая в организм, микрокраситель «находит» токсичные соединения, что сигнализирует о протекании патологических процессов. Под действием световых волн определенной длины некоторые люминофоры дополнительно могут вырабатывать активный кислород, способный разрушать злокачественные новообразования или патогенные микроорганизмы.

Для подбора состава новых люминофоров специалисты из Иванова на основе массива почти 20 тысяч экспериментальных данных научили ИИ точно предсказывать спектральные свойства химических соединений. Достаточно лишь ввести исходные параметры интересующей молекулы люминофора. Методы машинного обучения позволяют многократно сократить время на разработку новых люминофоров с необходимыми свойствами, оптимизировать затраты на их получение.

Большинство органических красителей почти нерастворимы в воде. При переходе в другое физическое состояние они теряют свои полезные свойства, а иные растворители токсичны для человека. Ивановские химики впервые получили микрокраситель класса BODIPY, который хорошо растворяется в воде и при этом сохраняет важные для медицины качества.



Первые импланты черепа

Хирурги Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко в Москве выполнили первые операции по реконструкции черепа с помощью индивидуальных эндопротезов, изготовленных в Самарском государственном медуниверситете.

Декомпрессивная трепанация черепа - это необходимая и жизне- спасающая операция для некоторых пациентов, перенесших тяжелый инсульт, тяжелую ЧМТ. Иногда ее также делают больным с онкологическими заболеваниями мозга. Если не сделать широкую кра- ниоэктомию (удаление большей части черепа, чтобы освободить место для отекавшего мозга), то человек погибает. После стабилизации состояния пациента возникает необходимость закрыть обширный дефект черепа. Оптимальных ре-



зультатов удается добиться при использовании индивидуальных имплантов, заранее спроектированных для восстановления изначальной анатомии. Их делают из биосовместимых пластических масс и титановых «заготовок». Титановые импланты изготовлены из отечественных материалов в НИИ бионики и персонифицированной медицины СамГМУ. Пациентам, которым предстояла операция по индивидуальному эндопротезированию, заранее провели КТ, по снимкам смоделировали имплант «в цифре», а после по 3D-модели сконструировали идеально подходящие эндопротезы. Операции прошли успешно. Через пять дней пациенты были выписаны из стационара.



Медико-педагогический консилиум: готовим ребенка к школе



**Татьяна Александровна
СТАРЦЕВА,**

председатель Совета студенческого научного общества Барнаульского базового медицинского колледжа, руководитель социального студенческого проекта «Здоровые дети - здоровая нация!»;



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана, доцент ВАК ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Президент России Владимир Путин обозначил период 2018-2027 годов как «Десятилетие детства». То есть государство мобилизует силы и ресурсы для того, чтобы качественно обеспечить здоровье, образование и успешное развитие каждого ребенка нашей страны.

Как сохранить здоровье ребенка, начиная с первого класса?

Проблема тяжелых, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам школьных рюкзаков особенно остро обсуждается в последнее время. От состояния позвоночника и правильно сформированной осанки зависит здоровье всего организма. *Воздействие избыточной нагрузки школьного рюкзака может привести к ухудшению общего самочувствия ребенка, болям в спине, искривлению позвоночника, плоскостопию и ко многим другим проблемам со здоровьем.*

В Барнауле стартовала долгосрочная целевая программа «Новой школе - здоровые дети».

Предварительная оценка химической, токсической безопасности школьных рюкзаков, соответствие их массы и формы установленным гигиеническим нормативам позволит сформировать правильное отношение первоклассников и их родителей к выбору школьного ранца.

Анкетирование показало, что при выборе школьного рюкзака большинство родителей первоклассников, проживающих в сельской местности, ориентировалось на *бюджет семьи*, горожане же охотно *учитывали мнение ребенка*.

Часто рюкзак передавался «по наследству»: от старшего - к младшему ребенку.

12% родителей, проживающих в городе, при покупке рюкзака отслеживают *наличие ортопедической спинки и жесткого дна*. Выбор сельчан зачастую зависел от ас-

сортимента местного магазина, а в удаленных районах - от приезжающей раз в месяц автолавки.

Массу школьных рюкзаков студенты-активисты социального студенческого проекта «Здоровые дети - здоровая нация!» определяли с помощью напольных весов, сравнивали с массой тела ребенка и установленными нормативами. Всего было обследовано **155 первоклассников**, из них 55% - девочки, 45% - мальчики. 72% детей проживают в городе. **Было выявлено 282 нарушения.**

Что не так с рюкзаком

Максимальная масса полного рюкзака первоклассника составила 4,8 килограмма. У **52%** обследованных - масса рюкзака **более 1/10 массы собственного тела**, около **50% рюкзаков по размеру больше ширины плеч ребенка**. Также выявлены рюкзаки, верхний край которых упирался в затылок, а нижний при этом давил на поясницу ребенка.

У каждого пятого ребенка были обнаружены в ранцах лишние вещи: игрушки, краски, фломастеры, пластилин, альбомы, которые оказались невостребованными в день проверки.

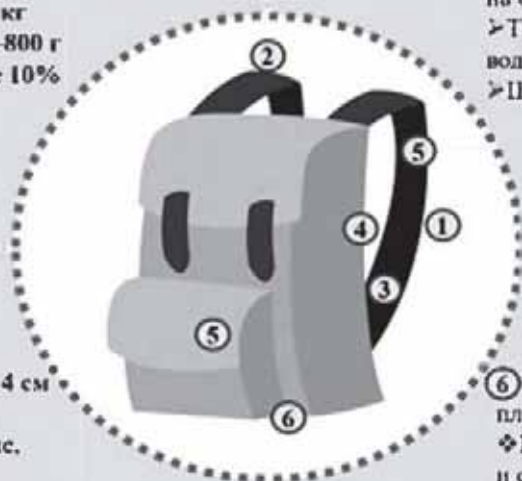
Также дети забывают сдавать книги в библиотеку, носят учебники не по расписанию, не оставляют физкультурную форму и сменную обувь дома или в классе.

При проведении экспертизы школьных рюкзаков также были обнаружены контейнеры для пищи больших размеров, бутылки с во-



Правильный рюкзак школьника

- ✓ Масса наполненного школьного рюкзака не должна превышать 1,5 кг
- ✓ Пустой не более 500–800 г
- ✓ Вес рюкзака не более 10% от веса школьника



- 1 Длина лямок 60–70 см
- 2 Ширина лямок не менее 4 см
- 3 В нижней части ремней необходимо приспособление, позволяющее изменять их длину в соответствии с ростом ребенка и характером одежды

- 4 Ортопедическая спинка
- 5 Светоотражатели спереди, на боках и ляшках
 - Ткань рюкзака — водоотталкивающая
 - Швы и канты — прочные

- 6 Укрепленные углы и пластиковое дно
 - ❖ Наличие клапанов от дождя и снега
 - ❖ Плотное прилегание к спине обучающегося и равномерное распределение веса.

дой, фляжки, пеналы, кошельки, пластиковые коробки, фонарики.

На лямках рюкзаков имелись брелоки и светоотражающие элементы с отпечатками от зубов - дети их грызли. При визуальной оценке светоотражающих элементов и брелоков были обнаружены растрескавшиеся и раскрошенные фотоэлементы, в то время как **апликация не должна шелушиться и отходить при нажатии.**

Что поможет

Снижение веса школьных рюкзаков способствует профилактике ортопедических и сердечно-сосудистых заболеваний у первоклассников. Как этого возможно добиться?

Использовать два комплекта учебников (один - в школе, второй - дома) и активно применять электронные учебники.

Организовать хранение сменной обуви, спортивной формы и инвентаря, принадлежностей

для уроков технологии, ИЗО в помещении школы.

Оборудовать в классе библиотеку любимых книг, уголок игрушек для первоклассников.

Август - горячая пора, так как в это время ребят готовят к школе. В свободной продаже есть привлекательные на вид вещи, они яркие, модные, но при этом не всегда безопасные для здоровья ребенка.

Уважаемые родители, помните, что важно не только правильно выбрать школьный рюкзак, но и контролировать его использование школьником на протяжении всего учебного года. ☺



Чем может быть опасно падение для пожилого человека



Наталья Георгиевна ЦЕЛЮК,
заведующий
гериатрическим центром,
врач-гериатр Алтайского
краевого гериатрического
центра КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь для
ветеранов войн»

Падение опасно травмами разной степени тяжести. Наиболее грозными последствиями падений являются травма головы с развитием кровоизлияния в мозг или даже смертельного исхода, перелом бедра. Падение может быть признаком серьезной проблемы, даже если оно изначально не привело к травме.

После падения может появиться **страх падений**, который приведет к тому, что пожилой человек значительно сократит свою активность, которую он вполне мог продолжать, если бы падения не случилось. Например, из-за опасения падения человек станет реже или даже прекратит выходить из дома. Это приведет к более редкому совершению покупок и снижению качества питания, уменьшению общения с друзьями и родственниками, более редкому посещению мест, которые представляли ранее для него интерес и ценность (театр, музеи, кино, церковная служба и т.д.). Всё это отрицательно скажется на здоровье, качестве и полноте жизни пожилого человека.

Поэтому относитесь серьезно ко ВСЕМ падениям. Сообщайте своему врачу о каждом падении, даже если вы во время его не получили травмы. Врач даст совет, как предотвратить падения в дальнейшем.



У пожилых людей риск падений больше

С возрастом уменьшается мышечная сила, снижается способность поддерживать равновесие, снижается зрение и скорость реакции. В результате даже для вполне здорового пожилого человека небольшое препятствие, например, необходимость подняться на бордюр, спотыкание о незамеченный из-за недостаточного освещения предмет на полу или загнутый край ковра, может привести к падению с тяжелыми последствиями.

Пожилые люди часто принимают большое количество лекарств, как по назначению врача, так и по собственной инициативе. Некоторые из них могут повышать риск падений, поэтому обязательно информируйте врача о всех лекарствах, которые вы принимаете. Причинами падений могут быть и некоторые заболевания - нарушения ритма сердца, нарушения мозгового кровообращения и т.д. Но значительно чаще падения пожилых людей происходят по более простым перечисленным выше причинам.

Падения - не обязательный спутник пожилого человека. Падения можно и нужно предотвращать.

Оцениваем риск падения

Не замалчивайте свои падения, даже если они кажутся вам объяснимыми внешними обстоятельствами и даже если они не привели к ушибам или более серьезным травмам. Всегда сообщайте врачу о любом факте падения!



Обведите «Да» или «Нет» для каждого утверждения		Как это связано с риском падения	
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я падал(а) в течение последнего года.	<i>Люди, которые упали хотя бы один раз, имеют высокую вероятность повторных падений.</i>
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я использую (или мне советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения.	<i>Люди, которым рекомендовалось использование трости или ходунков, имеют высокую вероятность падения.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Иногда я чувствую неустойчивость при ходьбе.	<i>Неустойчивость или необходимость поддержки при ходьбе являются признаками плохого равновесия.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я опираюсь на мебель при передвижении по дому.	<i>Это тоже признак плохого равновесия.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я боюсь упасть.	<i>У людей, которые боятся упасть, вероятность падения возрастает.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула.	<i>Это признак слабости мышц ног - важной причины падений.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне трудно подняться на бордюр.	<i>Это тоже признак слабости мышц ног.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	У меня часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания.	<i>Срочная необходимость посетить туалет, особенно ночью, повышает шанс упасть.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мои ноги утратили чувствительность.	<i>Онемение ног может привести к спотыканию и падению.</i>
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я принимаю лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют меня чувствовать себя более усталым (ой), чем обычно.	<i>Иногда нежелательные эффекты лекарств могут повышать риск падения.</i>

Оцените свой риск падения по таблице. Посчитайте полученные баллы.

Результат 4 балла и более указывает на высокий риск падений.

Покажите ответы на данные вопросы своему лечащему врачу. Вам может понадобиться консультация врача-гериатра (специалиста, который оказывает медицинскую помощь пожилым людям).

Как предотвратить падения у пожилого человека

Помните, что падения в любом возрасте, и особенно в пожилом, можно и нужно предотвращать!

Регулярная физическая активность и выполнение физических упражнений являются важнейшим

методом профилактики падений. Под физической активностью подразумевается ходьба, прогулки **не менее 30 минут в день**, плавание, работа в саду и по дому и т.д. Необходимо **не менее 150 минут** физической активности умеренной интенсивности **в неделю**, каждый ее эпизод должен быть не менее 10 минут.

Для предотвращения падений необходимо выполнять **упражнения на равновесие** не менее трех дней в неделю.

Для повышения мышечной силы необходимы **силовые упражнения** два и более дней в неделю (но не два дня подряд).

Полезны **упражнения для укрепления голеностопного сустава**.

Хронические заболевания не являются противопоказанием к умеренным физическим нагрузкам





кам, но лучше их выполнять под контролем специалиста - инструктора по лечебной физкультуре.

Зрение и очки. Регулярно (не менее одного раза в год) проверяйте зрение и меняйте очки при необходимости. Не носите очки с бифокальными линзами.

Безопасный быт. Наведите дома порядок: уберите с пола предметы, о которые можно споткнуться (провода, шнуры и т.д.), следите, чтобы ничто не загромождало проход, где это возможно - рекомендуется устранить пороги.

Мебель (кровати, кресла), **унитаз должны быть удобной высоты и устойчивы.** Уберите ковры или закрепите их края скотчем.

Используйте нескользкие коврики в ванной. Пожилым людям реко-



мендуется использовать поручни, особенно в санузле.

Освещение должно быть достаточным и легко включаться пожилым человеком, не вставая с кровати. Если вы встаете ночью в туалет, оставляйте на ночь ночник для освещения пути. **Не закрывайтесь в ванной или в туалете.**

Заведите привычку всегда носить мобильный телефон с собой, чтобы можно было позвонить, если вы вдруг где-то упадете и не сможете самостоятельно встать. Запрограммируйте кнопки быстрого дозвона на телефоны близких людей, социального работника, службы спасения или скорой помощи. Установите хотя бы один телефонный аппарат таким образом, чтобы вы могли дотянуться до него, не поднимаясь с пола.

Обувь. Неправильно подобранная обувь повышает риск падений. Неправильно подобранной считается:

- ▶ обувь с каблучком, высота которого превышает 4,5см;
- ▶ обувь без задника;
- ▶ обувь с задником, который может быть сжат более чем на 45°;
- ▶ полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве.

Если у вас имеются деформации стопы, обратитесь в ортопедический салон для подбора ортопедической обуви, стелек и приспособлений, которые облегчат вам ходьбу и сделают походку более устойчивой.

Вспомогательные средства. Если вам рекомендовано пользоваться тростью, ходунками, - не отказывайтесь. Эти приспособления значительно снижают риск падений и дадут вам возможность легче передвигаться по дому и чаще выходить из дома для прогулок и по делам. Уделите внимание их удобству и правильному подбору.

Прием лекарств. Очень важно правильно применять лекарственные препараты, так как прием большого числа лекарств может привести к повышению риска падений. Особенно опасны снотворные и успокаивающие средства, а также средства, снижающие внимание.

Обязательно сообщайте врачу о всех лекарствах, которые вы принимаете, а лучше приносите с собой на прием и показывайте. Иногда врач мо-



жет отменить лекарственные средства - даже те, к которым вы привыкли и долго принимали, чтобы снизить риск возможных падений и переломов.

Витамин D. У многих людей с возрастом развивается дефицит витамина D, что усиливает мышечную слабость, затруднения при ходьбе и поддержании равновесия, повышает риск падений и переломов. Принимайте витамин D после консультации с врачом.

Если вы упали...



Медленно повернитесь и постарайтесь сесть. Медленные движения предотвратят головокружение.

Не паникуйте. Оставайтесь спокойным и постарайтесь понять, получили ли вы при падении травму.

Медленно повернитесь



пол может быть мокрым и скользким.

Осмотрите и найдите ближайшую стабильную опору - кресло, кровать, диван - желательно, стоящие на ковре. Подползите к нему. Не пытайтесь встать в ванной, где

Если можете, встаньте сначала на одно колено, потом на другое.



устойчивое кресло, кровать, кушетку, диван.

Опирайтесь на более сильную ногу, попытайтесь встать. Используйте для опоры



Осторожно повернитесь и сядьте.

Если вы упали и не можете подняться

Позовите на помощь. Если вы дома одни, подползите к телефону и позвоните родственникам или в службу спасения 112. Важно, чтобы хотя бы до одного телефона можно было дотянуться с пола, или чтобы мобильный телефон был всегда с вами.

Если вы не можете сесть, стяните с дивана покрывало, подушки, одежду. Укутайтесь или обложитесь ими, чтобы не замерзнуть. ☺

Качественное лечение пациентов с гепатитом С

Эксперты ОМС отмечают, что медицинская помощь пациентам с вирусными гепатитами станет доступнее благодаря усилению госконтроля за их лечением.

К запуску готовится федеральный регистр носителей вирусных гепатитов, который призван систематизировать учет таких пациентов, а значит помочь соблюдению преемственности на всех этапах оказания медпомощи, включая диагностику, лечение, диспансерное наблюдение и при необходимости реабилитацию. Это позволит отслеживать маршрутизацию таких пациентов, формировать индивидуальный план лечения, контролировать сроки проведения диагностических исследований, информировать пациентов по вопросам получения лекарственных препаратов, в том числе льготных, если они положены, назначения и проведение специфической иммунопрофилактики.

С этого года для пациентов с вирусными гепатитами расширились терапевтические возможности при оказании медпомощи по полису ОМС. Сегодня медицинские организации применяют 18 схем лечения препаратами прямого противовирусного действия в различных комбинациях, рассчитанных на элиминацию вируса гепатита С.

В начале года были разработаны и утверждены Критерии оказания бесплатной медпомощи больным с хроническим вирусным гепатитом С. Так, в условиях дневного стационара лечение будут получать пациенты с рецидивом болезни после трансплантации печени, с выраженным фиброзом, а также с риском быстрого развития заболевания из-за сопутствующих состояний. Госпитализировать в круглосуточные стационары будут больных с более тяжелыми, острыми формами гепатита - при развитии острой печеночной недостаточности, с клинически значимыми внепеченочными проявлениями, которые требуют оказания специализированной и высокотехнологичной медпомощи, а также для проведения диагностики, и пациентов с циррозом печени, имеющим высокий риск развития осложнений (декомпенсации).

Особенность вируса гепатита С в том, что он продолжительный период может симптоматически никак не проявляться, но в то же время реплицироваться в организме человека. Введенные на законодательном уровне новшества позволят быстро выявлять вновь заболевших и своевременно назначать им терапию, не дожидаясь необратимых изменений в печени и рецидива болезни, что значительно повысит шансы пациентов на стойкую ремиссию или даже полное выздоровление. ☺





Внутриматочная система «Мирена»: больше, чем контрацепция



Лариса Александровна ХОРЕВА,

врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Большинство женских заболеваний обусловлены гормональным дисбалансом в организме либо связаны с генетическим или эпигенитическим нарушением чувствительности тканей органов репродуктивной системы к нормальному уровню половых гормонов.

Примерами таких заболеваний являются миома матки, наружный и внутренний эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, доброкачественные заболевания молочных желез.

Все гормонозависимые болезни у женщин, несмотря на разнообразие симптоматической картины, **приводят к нарушению менструального цикла, развитию ациклических (беспорядочных) маточных кровотечений, болевому синдрому, в ряде случаев - к бесплодию и (или) невынашиванию беременности, а также значимо снижают работоспособность и качество жизни женщины.** Следует отметить и тот факт, что эти заболевания могут привести к развитию анемии, узловых новообразований матки и молочных желез, кист яичников. *И если не принять своевременные меры, то они могут перейти и в злокачественную патологию.*

Однако, часто, особенно в раннем репродуктивном возрасте, гормонозависимые заболевания женской половой сферы не исключают нормальную сексуальную жизнь и возникновение беременности. Следовательно, у таких женщин имеется необходимость в высокоэффективной и безопасной контрацепции.

Что можно предложить

Одним из эффективных, безопасных и лечебных методов контрацепции у пациенток с пролиферативными заболеваниями органов репродукции может быть **гормональная внутриматочная система** (внутриматочный контрацептив, ВМК) «Мирена». Эта внутриматочная система представляет последнее поколение гормональных контрацептивов.

Система «Мирена» имеет Т-образную форму, ее ножка содержит капсулу, в которой находится гормон левоноргестрел - производное прогестерона, из-за его недостатка либо нарушения рецепции к нормальному уровню гормона в женском организме и развиваются гормонозависимые заболевания.

После установки ВМК «Мирены» в матку происходит ежедневное выделение около 20мг левоноргестрела. Несмотря на низкую концентрацию гормона в организме женщины, этой дозы достаточно для местного терапевтического эффекта - контрацептивного и антипролиферативного.

Какие эффекты применения

Благодаря снижению кровоснабжения эндометрия и его атрофии происходит уменьшение восприимчивости матки к гормонам яичников, уходят симптомы эстрогензависимых пролиферативных заболеваний.

В целом женщины, использующие ВМК «Мирена», отмечают следующие **положительные эффекты:**

- надежная контрацепция;
- купирование нарушений менструального цикла в виде прекращения межменструальных кровотечений, снижения объема теряемой менструальной крови, вплоть до развития вторичной аменореи;
- исчезновения дисменореи (болевого синдрома);



● восстановление нормального уровня гемоглобина и купирование анемии, а значит и таких симптомов дефицита железа, как сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, заеды вокруг рта, слабость, утомляемость и т.д.;

● улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности и качества жизни в целом.

Кому показана ВМК «Мирена»

Гормональная внутриматочная система «Мирена» показана **всем женщинам, желающим иметь надежную и безопасную контрацепцию на длительный период (3-5 лет)**, но особенно тем **женщинам, которые имеют генетическую предрасположенность к пролиферативным заболеваниям органов репродуктивной системы, либо уже их имеющие.**

ВМК «Мирена» может быть использована не только с целью контрацепции, но и как вариант терапии или профилактики развития миомы матки, эндометриоза, гиперпластических процессов эндометрия, а также их сочетания.

Дополнительные бонусы ВМК

Есть еще одно важно преимущество ВМК «Мирена» перед другими гормональными контрацептивами - это **отсутствие стойкого тормозящего негативного влияния на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему, отсутствие негативного влияния на гемостаз.**

Использование «Мирены» **способствует устранению симптомов гормонозависимых заболеваний органов репродуктивной системы женщины, но при этом не снижает ее фертильность.**

После удаления контрацептива наступление беременности происходит максимально быстро (в течение первых 1-3 месяцев). В отличие от других контрацептивных и противозачаточных препаратов ВМК «Мирена» может быть использована женщинами, которые имеют такие соматические заболевания, как артериальная гипертензия и (или) сахарный диабет.



Особенности применения

Перед установкой внутриматочной системы **женщина должна пройти комплексное обследование, чтобы исключить:**

- ◆ острые и подострые инфекционные процессы органов малого таза (мазок на флору),
- ◆ заболевания шейки матки (мазок на атипические клетки с шейки матки),
- ◆ беременность,
- ◆ ряд заболеваний матки и яичников и молочных желез (УЗИ гениталий и молочных желез).

Вводить внутриматочный контрацептив должен только квалифицированный специалист. Как правило, это происходит на 5-7 день менструального цикла, когда наличие беременности полностью исключено, снижена интенсивность менструальной кровопотери. После установки гормонального внутриматочного контрацептива **женщина должна не реже одного раз в год посещать врача-гинеколога** для контроля состояния органов репродуктивной системы, в том числе молочных желез.

Внутриматочный контрацептив «Мирена», содержащий прогестин левоноргестрел, имеет высокую степень надежности и является одним из самых современных эффективных средств как контрацепции, так и профилактики, терапии ряда наиболее часто встречающихся гормонозависимых гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста.

Контрацептивное и лечебное действие внутриматочного контрацептива «Мирена» рассчитано на пять лет.



Репродуктивные риски при андрологических заболеваниях у подростков



Игорь Васильевич ТРУНОВ,
врач-детский уролог-андролог Центра охраны репродуктивного здоровья подростков КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Причины заболеваний репродуктивной системы мужчин зачастую уходят корнями в детство.

Поэтому необходимо помнить, что основной груз ответственности за воспитание мальчика, как будущего здорового отца, лежит, в первую очередь, на плечах родителей. И им необходимо знать те «подводные камни», с которыми они могут столкнуться при взрослении сына.

Но, к большому сожалению, немногие родители могут похвастаться своими знаниями в этом деликатном вопросе.

Несколько лет назад был организован и проведен обширный медицинский осмотр детей и подростков города Барнаула и Алтайского края. Проанализировав его результаты, выявили, что частота заболеваний органов репродуктивной системы у мальчиков составляет 51%, то есть каждый второй ребенок имеет то или иное заболевание органов половой системы. Причем половина из этих заболеваний впоследствии может вызвать нарушение фертильности (способности иметь детей) в зрелом возрасте.

В среднем 12-15% заболеваний андрологического плана выявляется, казалось бы, у совершенно здоровых мальчиков. Это - пороки развития половых органов: фимоз, варикоцеле, водянка яичка, нарушения полового созревания и многие другие заболевания, которые выступают факторами репродуктивного риска.

Для своевременного выявления заболеваний репродуктивной системы родителям необходимо с профилактической целью показать мальчика детскому урологу-андрологу в возрасте одного года, трех лет, 6-7 лет (перед школой), а начиная с 10 лет желательно проводить осмотры ежегодно.

В подростковом возрасте наиболее часто встречаются такие заболевания, как варикоцеле, кисты придатков яичек, нарушения полового созревания.

Варикоцеле

Варикоцеле - это варикозное расширение яичковых вен. Чаще всего это левосторонний процесс. Первые признаки заболевания регистрируются в подростковом возрасте, когда начинается и активно идет период полового созревания мальчика.

Варикоцеле - сложное заболевание, тактика его ведения всегда индивидуальна.

По статистическим данным известно, что у 40% мужчин, обратившихся к врачу-урологу по поводу бесплодия,



выявляется варикоцеле. Однако это не означает, что наличие варикоцеле слева у юноши автоматически ведет к бесплодию и срочному оперативному лечению.

Современная тактика ведения варикоцеле подразумевает под собой *обследование гормонального статуса подростка и проведения ультразвукового сканирования органов мошонки* для оценки состояния половой системы в целом и определения специфики лечения по результату обследования.

Лечение. При неосложненном течении варикоцеле назначается определенный режим и медикаментозный курс лечения.

При наличии *выраженного варикозного процесса и осложненного течения* планируется оперативное лечение. Разработаны и применяются разные хирургические технологии лечения варикоцеле, направленные на восстановление нормального кровообращения.

Кисты придатков яичек

Данное заболевание зачастую является случайно при проведении *ультразвукового обследования органов мошонки* (так называемая «диагностическая находка») по какому-либо другому поводу.

У мужчины киста - это «пузырёк», наполненный жидкостью, расположенный в придатке - в месте выхода и скопления половых клеток (сперматозоидов). Ни в коем случае не нужно проводить параллель с кистами у женщин! Это совершенно разные заболевания.

Лечение. *Мелкие кисты* (до 10мм в диаметре) не являются заболеванием и не требуют специфического лечения. *Крупные кисты* (более 10мм в диаметре) могут «закупоривать» яичко, препятствуя оттоку сперматозоидов, исключать его из репродуктивной функции. Такие кисты подлежат хирургической коррекции - удалению.

Нарушения полового созревания

К нарушениям полового созревания (пубертата) относятся задержка и преждевременное половое созревание.



Задержка полового развития (ЗПР) - это отставание появления признаков начала полового созревания у юношей более, чем на два года от среднего возраста (это 12 лет). Иными словами, отсутствие увеличения половых органов после 14 лет либо начало их роста до 10 лет является признаком нарушения полового созревания.

У большинства подростков задержка пубертата - это конституциональное состояние, то есть наследственно обусловлено, и не нуждается в экстренном лечении. Однако **оставлять это состояние без внимания тоже нельзя**, так как оно может быть проявлением более серьезных проблем, таких как гипогонадизм (стойкое нарушение выработки мужских половых гормонов с последствиями в виде бесплодия, нарушения эрекции и другое).

К тому же ЗПР является очень мощным стрессовым фактором и часто приводит к формированию комплексов, так как подросток чувствует себя неполноценным в сравнении со сверстниками, которые уже вступили в период полового созревания.

Преждевременное половое развитие (ППР) также может быть как индивидуально наследуемым состоянием, которое не требует коррекции, так и проявлением серьезных нарушений работы эндокринной системы подростка.

Проведение плановых профилактических осмотров значительно снижает репродуктивные риски! Ведь чем раньше выявлена проблема, тем зачастую больше вероятность ее исправить, не подвергнув половую систему необратимым изменениям. ☺

Для профилактики родители должны показать мальчика детскому урологу-андрологу в возрасте одного года, трех лет, 6-7 лет (перед школой), а начиная с 10 лет желательно проводить осмотры ежегодно.





Как преодолеть страх мобилизации

Слово «feldscher» с немецкого языка переводится как «полевой хирург». Это медицинский работник, который умеет буквально всё. Работа фельдшера в выездных бригадах скорой помощи, где я тружусь уже более 10 лет, особенно разнообразна.

Всего за одну смену можно «облачиться» в хирурга, педиатра, гинеколога, психолога и т.д.

Если около часа назад транспортировали «тяжёлого» пациента с острым инфарктом миокарда, успешно проведя тромболитическую терапию, то сейчас уже считаем минуты схваток роженицы.

Каждый час, каждая минута работы - непредсказуемы, поэтому в таких условиях должен работать именно фельдшер, так как это «универсальный солдат». Это доказывает средняя официальная статистика по России, которая представлена в диаграмме ниже. Из нее мы видим, что специализированных врачебных бригад не хватает, поэтому большая часть работы ложится на плечи именно фельдшера.

Как справиться с тревогой

Хотелось бы поговорить на тему мобилизации медиков - самую актуальную тему в настоящее время.

Для многих россиян мобилизация стала настоящим шоком, но в этом нет ничего удивительного или постыдного, поскольку **неизвестность всегда вызывает чувство неуверенности и страха**. Можно вспомнить 2020 год, когда началась пандемия COVID-19, ведь тогда трудностей и страхов тоже было немало и мобилизация была от чистого сердца: медицинские работники ездили в командировки в госпитали, помогали, трудились, были там, где сложнее всего, - и общими усилиями, сплоченностью мы победили.

Что же мешает нам сейчас, в период агрессивного противостояния Запада России, вновь объединиться общими силами, встать спиной к спине,

помогать нашей армии и быть причастными к перевороту нашей истории? Конечно же, это страх...

Поэтому я хочу дать несколько советов, которые помогут справиться со страхом.

- Если вы еще находитесь дома и только ожидаете возможной мобилизации, то **обязательно планируйте**. Ведь планирование дает нашей психике ощущение стабильности, защищает от неопределенности, подготавливает к любым экстремальным ситуациям.

- Если мобилизованным оказался ваш родственник, друг или коллега, поставьте себя в позицию «опоры» для него. **Старайтесь поддерживать только позитивный настрой, помогите ему выразить эмоции, дайте возможность выговориться, очень важно пони-**



Анастасия Дмитриевна СИДОРОВА,

фельдшер отделения скорой медицинской помощи КГБУЗ «Мамонтовская ЦРБ», член ПАСМР с 2018 года

Профиль бригад скорой помощи



■ Специализированные 20%

■ Фельдшерские 40%

■ Общего профиля 40%



Советы медицинской сестры

▶ **Мать, что иногда помощь - это простое присутствие рядом.** Ни в коем случае не пользуйтесь избыточными фразами: «Да не расстраивайся ты так, всё будет хорошо!», «Ничего, отслужишь и приедешь!» Это как раз может породить самые тревожные мысли. Лучше спросите, какую поддержку от вас хотели бы получить. Если мобилизованный уже в месте специальной военной операции (СВО), то вполне возможно, что его успокоит рассказ о том, что дома всё идет своим чередом.

● **Независимо от того, где вы сейчас находитесь, важно уметь прибегать к самоконтролю.** Для этого существует простая и быстрая техника «Психопрививка». Так, если чувствуете приближение страха, необходимо сконцентрироваться на своем дыхании. Для этого делайте глубокий вдох (через нос, надувая живот), затем - выдох (медленно через рот), можно при этом выставить руки вперед и зажмуриться, вы почувствуете, как пройдет волна расслабления по всему организму.

● Хорошо помогает **способ «освежиться»**, то есть умыться холодной водой или подержать в ней руки.

● Порой **при бессилии лучше уединиться**, то есть ненадолго мысленно «уйти» в себя. Некоторым помогает, что называется, крепкое словцо. Помните, что вспышка раздражения и бессилия длится около 10 минут, поэтому надо отвлечь себя каким-то делом.

● У некоторых людей при стрессе **может появиться дрожь**. В таких случаях эксперты советуют что-нибудь пожевать.

● **Не стоит стыдиться внезапных слез, потому что это тоже нормальная реакция.** Иными словами, нужно от души поплакать. Это надо только признать и не драматизировать. Если не хотите этого делать на людях, то выйдите в отдельную комнату, закройте дверь. Если расслабиться не удастся, то стоит попросить о помощи другого человека, в таком случае очень важен контакт с другим человеком.

● Можно воспользоваться **упражнением «Экстремальный чемодан»**. Нужно подумать и написать три вещи, которые помогают или помогали вам справиться со страхом: отношения с кем-то, разговоры, путешествия, музыка, рыбалка и т.д. Затем их надо распроделивать, повесить на видное место или носить при себе и делать их почаще.



● **У человека, который очень сильно всё переживает, как результат может возникнуть хронический стресс.** Его основные признаки: усталость, физическая ослабленность, невозможность выдерживать какие-либо эмоциональные нагрузки, даже незначительные. Совет один - уменьшить просмотр новостей, например два раза в день, если вас что-то задело, стоит с кем-то об этом поговорить. Хорошо иметь людей, которые всегда выслушают вас. Ведь если никак не выразить сильные эмоции, то страдают и душа, и тело, и окружающие нас люди.

● **Если вы окажетесь в зоне СВО и вам экстренно предстоит оказать солдату психологическую помощь**, помните, что лучше всего постараться быстро уложить его на землю, обезоружить и заставить сфокусировать взгляд на какой-либо точке, похлопать по щекам, побить по плечам, растереть руки, щеки, уши, чтобы включилось его сознание. Затем помочь, согласно описанной ранее дыхательной гимнастике, чтобы включилось его сознание (однажды мне доводилось экстренно оказывать психологическую помощь, когда молодой фельдшер впервые выезжал на серьезное ДТП, поэтому точно знаю, что такие приемы могут помочь в разных ситуациях). И, самое главное, **никогда не предлагайте алкоголь**, чтобы человек мог расслабиться. В данном случае у солдат нарушится координация движения и притупится чувство опасности и самосохранения.

Страшно ли мне? Конечно, страшно. Но ведь и в обычной мирной жизни мы чего-то боимся. А объединившись вместе, помогая и поддерживая друг друга, можно преодолеть любые трудности и страхи. ☺

При сердцебиении и дискомфорте в груди не стоит паниковать, это не сердечный приступ, а результат паники и стресса. Такое состояние может длиться 15 минут, затем проходит. Следует расслабиться, восстановить дыхание и просто переждать.



Ассистирование или работа в «четыре руки»

Задача повышения производительности труда врача-стоматолога по-прежнему актуальна. Ее решают в различных направлениях, прежде всего путем оснащения рабочего места современным оборудованием, высокотехнологичными установками, высококачественным инструментарием и т.д.

Важное значение придают внедрению новейших методик и технологий, позволяющих свести к минимуму неоправданные затраты времени.

В современной стоматологии немаловажная роль уделяется **соблюдению правил эргономики**. Это актуально и важно, так как позволяет существенно повысить эффективность работы, снизить утомляемость врача, позволяет более эффективно организовать рабочее время и пространство, спланировать деятельность, сделать работу более экономичной и удобной.

Очевидные плюсы

Работа «в четыре руки» - наиболее эффективный и результативный способ работы. Преимущество состоит в том, что в процессе работы происходит *разделение функций врача и ассистента*. В результате снижается утомляемость, эмоциональное напряжение врача, повышается концентрация внимания, сокращается время проведения процедуры. Так, если без ассистента среднего неосложненного кариеса первого класса процедура занимает в среднем 40 минут, то при работе «в четыре руки» ее продолжительность составляет в среднем 30 минут.

Кроме экономии времени современный прием практически невозможно вести без ассистента, так как требования к пульпоощащающему препарированию (охлаждение водяным аэрозолем), работе слюноотсосом, пылесосом, требования к инфекционному контролю, соблюдение технологий пломбирования

светоотверждаемыми материалами, работу гуттаперчей сложно выполнить полноценно без помощника.

Обязанности ассистента

На основе более чем десятилетнего опыта были обобщены должностные обязанности ассистента с учетом российских условий. **Должностные обязанности ассистента стоматологического:**

- ▶ подготовка кабинета (и медицинского оборудования) к приему пациентов;
- ▶ контроль соблюдения техники безопасности во время приема;
- ▶ вызов больного;
- ▶ усаживание и обеспечение комфортного положения пациента в кресле как для него самого, так и для врача;
- ▶ приглашение врача-стоматолога к пациенту по мере его готовности;
- ▶ настройка стоматологического светильника;
- ▶ подавание инструментария врачу;
- ▶ проведение профилактики инфекционного заражения пациента и персонала;
- ▶ работа со слюноотсосом и пылесосом;
- ▶ самостоятельное проведение гигиенических мероприятий, определение индексов и совместно с врачом осуществление оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий;
- ▶ по согласованию с врачом назначение пациенту даты повторных посещений;



Елена Юрьевна ЗУБОВА,

главная медицинская сестра КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1, г.Барнаул», член ПАСМР с 2006 года



Советы медицинской сестры

▶ заполнение зубной формулы и помощь врачу в оформлении медицинской документации;

▶ заполнение бланков, рецептов, назначений по указанию врача-стоматолога;

▶ проведение санитарно-просветительной работы с пациентом во время приема;

▶ обеспечение выбора и просмотр теле- и видеопрограмм пациентом в кресле (при наличии);

▶ стерилизация и дезинфекция инструментов.

В случае универсального терапевтического и ортопедического приема к указанным функциям ассистента стоматологического добавляют:

◆ осуществление подготовки к снятию слепка;

◆ проведение отливки гипсовой модели при необходимости;

◆ заполнение заказа-наряда в зуботехническую лабораторию;

◆ осуществление предварительной оценки качества зубопротезных работ при их приемке из лаборатории.

Что еще может выполнять ассистент

При работе «в четыре руки» есть возможность задействовать **микроскопию**. При таком методе работы врач смотрит в микроскоп, а ассистент подает необходимые инструменты. При наличии увеличенного изображения у врача появляется возможность контролировать детали работы, изучить зуб всесторонне. Это существенно повышает качество работы, а также дает возможность выполнять различные хирургические манипуляции. Появляется возможность обследовать труднодоступные места (кариозные образования на контактных поверхностях зубов, трещины, переломы и т.д.). Существенно снижается травматичность манипуляций, повышается точность работы.

В некоторых случаях применяют такую тактику, при которой **первый контакт с пациентом осуществляет именно ассистент врача**. Приветствуя пациента дружественной улыбкой или просто добрым словом, ассистент создает предпосылки дальнейшего обще-



ния пациента и стоматолога, способствуя возникновению доверия и комфорта пребывания в медицинской организации. В дальнейшем это благоприятно влияет на течение лечебного процесса и удовлетворенность пациента оказанной медицинской услугой, а также повышает уровень престижа организации в глазах пациента. Кроме того, **метод «в четыре руки» широко применяется в учебных целях при обучении будущих врачей-стоматологов.**

Значимость роли ассистента врача-стоматолога с каждым годом возрастает, а его деятельность приобретает всё более разнообразный характер и влияет на многие аспекты лечебно-диагностического процесса. Слаженность взаимодействия врача-стоматолога и медицинской сестры, которая на современном этапе в лечебном процессе становится ассистентом врача, является осознанной необходимостью. **Применение знаний эргономики в стоматологии рационально оптимизирует лечебный процесс, способствует внедрению современных протоколов лечения, что, в свою очередь, значительно повышает экономическую эффективность лечебного процесса.** ☺

Приветствуя пациента дружественной улыбкой или просто добрым словом, ассистент создает предпосылки дальнейшего общения пациента и врача-стоматолога, способствуя возникновению доверия и комфорта пребывания в медицинской организации.



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



Преждевременное половое развитие, половая зрелость - от нормы к патологии

Пол человека запрограммирован генетически. Все мы изначально женского пола, но генетический код должен еще реализоваться. Для этого необходимы гормоны. Если всё очень упростить, то ключом для формирования пола является повышение уровня тестостерона или же его отсутствие.

Какой бы ни была генетическая программа, то есть каким бы ни был генетический пол, **при отсутствии тестостерона сформируется фенотипически женский пол.** То есть на-



ружные половые органы и все остальные вторичные половые признаки сложатся по женскому типу. **Для формирования мужского пола необходимы андрогены и** - вот тут немножко усложним - **чувствительные к ним ткани**, то есть нормально работающие рецепторы андрогенов в клетках. Если эти рецепторы не будут работать, то какой бы не был уровень тестостерона, ткани его не «почувствуют», и организм сформируется по женскому типу.

Примеры из истории

Жанна д'Арк - французская героиня, командующая французской армии в годы Столетней войны. Сожжена на костре как еретика. В 1920 году причислена к лику святых.

Самый известный исторический пример великих «не женщин» с нечувствительностью к андрогенам (так называемый **«синдром тестикулярной феминизации»**) относится к Жанне д'Арк, жившая в XV веке, в некоторых источниках встречается, как «синдром Жанны д'Арк».

Фенотипически она была красивой, стройной, статной девушкой, проявляла последовательный и стойкий героизм (тонизирующее действие андрогенов), имела исключительный интеллект, заставив англичан снять осаду с Орлеана, правда, с неправильно сформированными внутренними половыми органами (при этом синдроме влагалище короткое и слепо заканчивается), что определяло ее «девственность».

Елизавета I - королева Англии и Ирландии, последняя представительница династии Тюдоров.

Некоторые генетики и историки приписывают синдрому те-

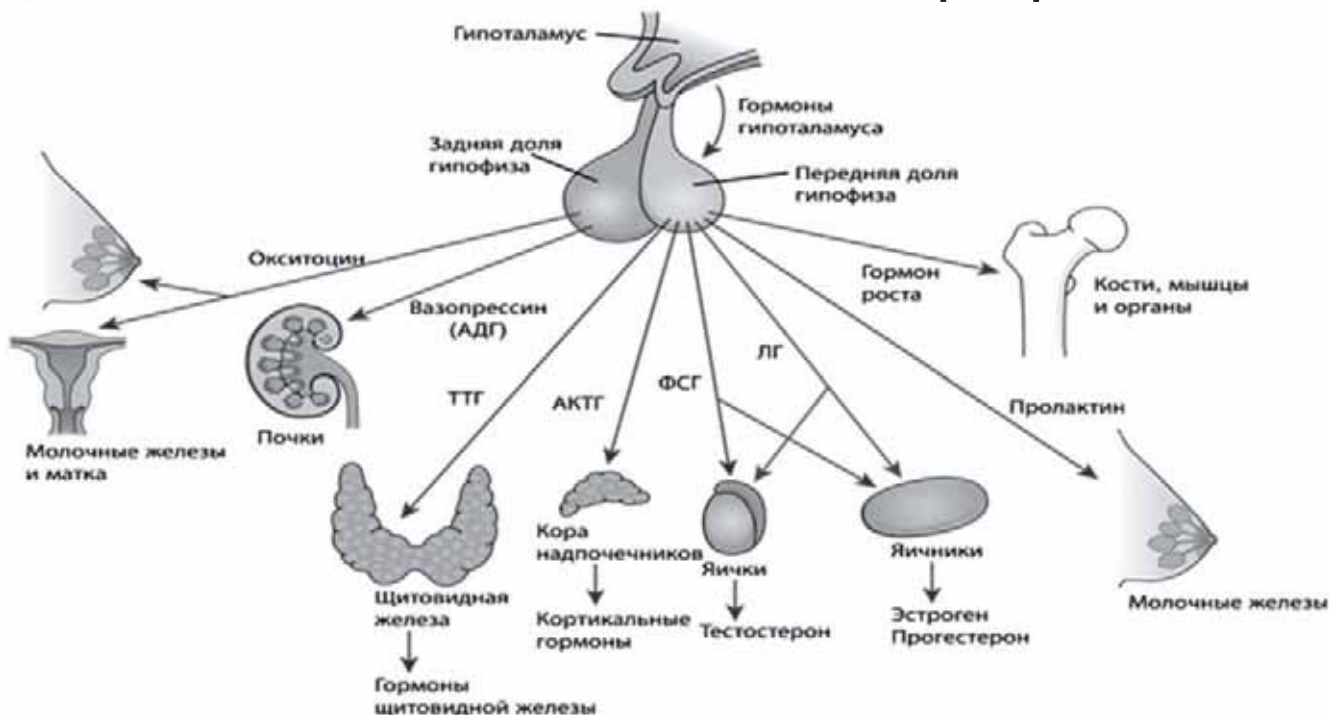


Евгения Анатольевна ТАЙЛАКОВА,

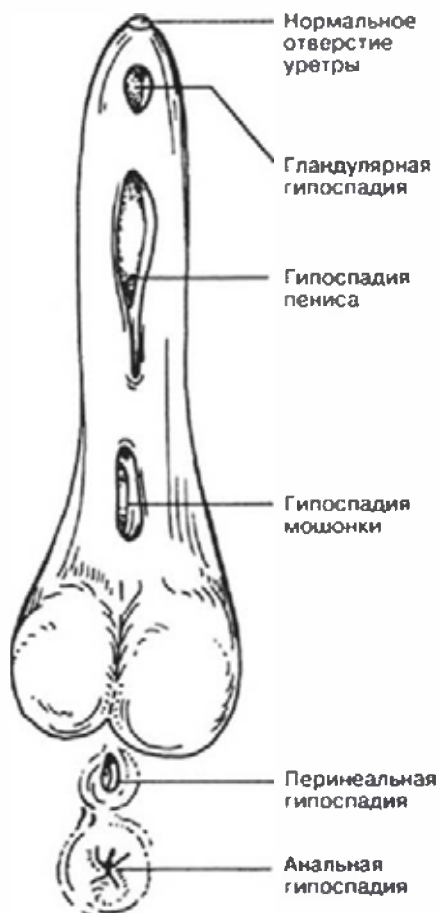
врач детский
эндокринолог отделения
дневного стационара
КГБУЗ «Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»



Гипоталамо-гипофизарная система



Формы гипоспадии



стикулярной феминизации и королеве Англии Елизавете Тюдор (1533-1603). В годы ее правления Англия стала великой державой, но Елизавета так и не вышла замуж и не родила наследника престола. Многие исследователи объясняют ее стойкое нежелание связывать себя узами брака неким скрытым изъяном, из-за которого Елизавета была бесплодна. В доказательство приводят ее слова, якобы сказанные ею на новость о рождении сына у королевы Шотландии: «А я иссохший мертвый сук!» В знаменитом обличительном письме, которое написала Мария Стюарт, «будучи в заточении, прямо говорится, что Елизавета «физически не такая, как все женщины».

Половая зрелость

Как я отметила выше, тестостерон и его активный метаболит дигидротестостерон отвечают за формирование наружных и внутренних мужских половых органов.

Таким образом, у мальчиков дефицит тестостерона во внутриутробном периоде до 14 недели развития будет приводить к нарушениям формирования пола различной степени выраженности (гипоспадия различной степени, женское строение наружных половых органов).

После 14 недели внутриутробного периода - будет приводить к недоразвитию наружных половых органов, часто с крипторхизмом.

Хочу заметить, что у девочек дефицит половых стероидов во внутриутробном периоде не сопровождается отклонениями в постнатальном периоде.

Что же такое **половая зрелость**? Это - переход от детства к взрослому периоду через развитие вторичных половых признаков.

Очень важно, чтобы изменения развивались и проходили согласованно!



Период полового созревания регламентирован нашей гипоталамо-гипофизарной системой (образно говоря, это «президент» и «кабинет министров» нашего организма) и укладывается, как правило, у девочек - с 8 до 13 лет, у мальчиков - с 9 до 14 лет.

Всё, что не укладывается в данные возрастные рамки, указывает на патологический процесс, поэтому обязательно требуется консультация специалиста!

Гипоталамус, гипофиз и гонады активно взаимодействуют на протяжении многих лет еще до появления вторичных половых признаков.

В детском возрасте уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови - низкие, но вполне поддаются определению, а в препубертатный период они медленно повышаются.

До начала пубертата очень небольшого количества половых стероидов достаточно для торможения секреции гормонов гипоталамусом и гипофизом.

С началом пубертата гипоталамический «гонадостат» становится всё менее чувствительным к тормозящему действию половых сте-

роидов на секрецию гонадотропинов. В результате уровни ЛГ и ФСГ в крови повышаются, гормоны стимулируют гонады и устанавливается новый гомеостатический уровень.



У девочек в этот период резкое увеличение продукции ФСГ предшествует увеличению концентрации в плазме эстрадиола; у мальчиков - резкому повышению уровня тестостерона предшествует ускорение продукции ЛГ. Синергизм ФСГ и ЛГ способствует тем изменениям в гонадах, которые и наблюдаются в этот период.

Пубертатный период. Вопрос, волнующий всех родителей

Время начала пубертата варьируется и больше коррелирует с костным возрастом, чем с хронологическим, а также определяется наследственными и средовыми факторами. Так, у девочек, занимающихся балетом, гимнастикой, плаванием, бегом и другими видами спорта, с раннего возраста сочетаются небольшая масса тела и высокая физическая активность, наступление пубертата и (или) появление менструаций у них нередко значительно задерживаются.

Половая зрелость - это переход от детства к взрослому периоду через развитие вторичных половых признаков.

Шкала Таннера

I	No hair <10 yrs				
II	Small amount, downy 10-11 yrs				
III	Hair course and curly 11-13 yrs				
IV	Adult-like but not on the thigh 13-14 yrs				
V	Extends to the medial thigh >14 yrs				



Преждевременное половое развитие - это появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и у мальчиков до 9 лет.

У девочек в пубертатном периоде происходит перестройка организма, обусловленная главным образом эстрогенпродуцирующей деятельностью яичников. Под постепенно усиливающимся влиянием гонадотропных гормонов ускоряется рост фолликулов. *Растущие фолликулы, разной степени зрелости, секретируют всё большее количество эстрогенов.* Под их влиянием изменяется архитектура тела, развиваются молочные железы, увеличиваются наружные и внутренние гениталии, изменяется структура эндометрия, слизистой оболочки влагалища. Рост волос на лобке и в подмышечных впадинах, наличие угрей и запах тела зависят от андрогенов.

Начало физиологического пубертата имеет довольно широкие возрастные пределы.

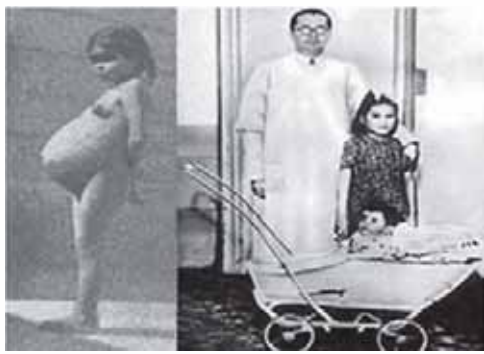
У 95% здоровых девочек вторичные половые признаки появляются с 8,5-13 лет, у 95% здоровых мальчиков - в возрасте 9,5-13,5 лет. Начальным проявлением полового созревания у 85% девочек является *рост грудных желез*, у 15% начинают *расти волосы на лобке.*

Первая менструация обычно происходит спустя 18-24 месяцев после начала роста грудных желез (**средний возраст - 12,8 лет, колебания от 10 до 16 лет**). Интенсивный рост тела у девочек (ростовой скачок около 25см), в противоположность мальчикам, начинается рано, параллельно с увеличением молочных желез.

Половое развитие у мальчиков происходит постепенно и начинается с исчезновения подкожного жира в мошонке, появления ее пигментации и многочисленных мелких складок. У мальчиков рост наружных половых органов хорошо коррелирует с развитием волос на лобке, поскольку эти признаки регулируются секрецией андрогенов. *Стадии развития лобковых волос и наружных половых органов должны быть определены независимо друг от друга, поскольку могут дать ценную информацию.* Например, рост волос на лобке без увеличения яичек предполагает, что, вероятно, источник андрогенов находится в надпочечниках, а не гонадах.

Яички увеличиваются и опускаются на дно мошонки, начинается рост полового члена. **Оволосение лобка вначале имеет женский тип, а с 16-17 лет переходит к мужскому.** Появляются волосы в аксиллярных областях, пушок на верхней губе, щеках и подбородке постепенно заменяется стержневыми волосами. *Изменяются размеры предстательной железы, начинает расти ткань молочной железы, соски приобретают коническую форму* (юношеская гинекомастия), становятся больше, пигментируются околососковые кружки; спонтанная регрессия пубертатной гинекомастии наступает в течение нескольких месяцев, и лишь в редких случаях нагрубание сохраняется более двух лет. *Увеличивается гортань, происходит мутация голоса, часто появляются угри.* Параллельно усиливаются процессы сперматогенеза, хотя полноценная репродуктивная функция формируется значительно позже - к 16-17 годам. Ростовой скачок (око-

Самая молодая роженица из всех когда-либо зарегистрированных в мировой истории, - Лина Медина. В 1933 году девочка из Перу в возрасте 5 лет 7 месяцев и 17 дней родила здорового мальчика весом 2,7 килограмма. Менархе (первые месячные) у нее случилось в возрасте 2 лет и 8 месяцев. Ее грудь начала развиваться уже с четырехлетнего возраста и к моменту родов окончательно сформировалась для кормления новорожденного.



ло 28см) начинается в середине пубертатного периода и завершается в его конечной стадии.

Преждевременное половое развитие

Что такое преждевременное половое развитие ребенка и когда стоит бить тревогу родителю?

Как я отметила ранее, в среднем половое развитие начинается в 11 лет, но начало более заметно у девочек, поскольку у них начинают развиваться грудные железы и возникает пубертатный скачок роста. Не удивительно, если сравнить четвероклассников девочек и мальчиков, то девочки окажутся на 1-2 головы выше! Пубертатный же рост мальчиков начинается двумя годами позднее, когда объем яичек достигает 10мл.

Что же понимают под **преждевременным половым развитием**? Это - появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и у мальчиков до 9 лет.

Выделяют *три основные формы преждевременного полового развития*:

- гонадотропин-зависимую (центральную, истинную),
- гонадотропин-независимую (периферическую),
- парциальную.

Гонадотропин-зависимое (центральное, истинное) преждевременное половое развитие обусловлено преждевременной активацией гипоталамо-гипофизарной системы.

Гонадотропин-независимое (периферическое) преждевременное половое развитие обусловлено автономной секрецией половых стероидов гонадами, стероид-секретирующими опухолями гонад или надпочечников, избыточной секрецией андрогенов надпочечниками вследствие нарушений стероидогенеза, ХГЧ-секрети-



рующими герминативно-клеточными опухолями, декомпенсированным первичным гипотиреозом.

Парциальные формы преждевременного полового развития представляют собой преждевременное изолированное увеличение молочных желез у девочек (изолированное преждевременное телархе) и преждевременное изолированное развитие полового оволосения (изолированное преждевременное адренархе).

Изолированное увеличение молочных желез у девочек рассматривается как следствие транзиторной активации центрального звена гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси с преобладающим избытком фолликулостимулирующего гормона.

Изолированное преждевременное адренархе возникает вследствие преждевременного созревания сетчатой зоны коры надпочечников с повышением уровня дегидроэпиандростеронсульфата (ДГЭА-С), обладающего относительно слабыми андрогенными свойствами. Патогенез преждевременного адренархе остается неясным, на данный момент лишь установлено, что девочки с этим состоянием находятся в группе риска по развитию синдрома поликистозных яичников.

Повторюсь: **причина в большинстве случаев преждевременного полового развития остается неизвестной**, такие слу-

чай называются идиопатическим преждевременным половым развитием.

Все описанные выше ситуации являются необычными и требуют своевременной консультации специалиста.

Истинное ППР

Истинное преждевременное половое развитие вызвано повышением выброса гонадотропных гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ) в результате первичного поражения ЦНС и гипоталамической области. Часто эта форма сочетается с выраженной неврологической симптоматикой.

У девочек преждевременное половое развитие встречается значительно чаще, чем у мальчиков (4:1), причем преобладают спорадические формы. Половое развитие может завершаться быстро или медленно; процесс созревания может стабилизироваться или даже регрессировать, чтобы позднее начаться вновь. Первый признак у девочек - развитие молочных желез, возможно одновременное оволосение лобка, но чаще оно появляется позднее. Затем развиваются наружные половые органы, появляются волосы в подмышечных впадинах и начинаются менструации. Ранние менструальные циклы могут быть не столь регулярными, как при своевременном половом созревании.

У мальчиков при преждевременном половом развитии увеличиваются половой член и яички, появляются волосы на лобке, возникают частые эрекции. Голос становится более низким, ускоряется рост. Сперматогенез бывает уже в возрасте 5-6 лет, возможны ночные поллюции.

Как у мальчиков, так и у девочек **преждевременное половое развитие сопровождается простом длины и массы** ▶



За счастливое здоровое детство!

тела. Дифференцировка костей скелета ускоряется и соответствует степени полового развития. Это приводит к раннему закрытию зон роста, в результате *конечный рост оказывается ниже, чем он мог бы быть при своевременном половом развитии*. Рост примерно у трети больных не достигает 152 сантиметров.

Причиной преждевременного полового развития могут быть самые разнообразные поражения ЦНС. Все они сопряжены с рубцеванием, инвазией или сдавлением гипоталамической области.

Внутричерепные опухоли (герминомы) вызывают преждевременное половое развитие у мальчиков, секретирруя хорионический гонадотропин, стимулирующий клетки Лейдига в яичках.

При опухолях печени (гепатобластоме, гепатоме) преждевременное половое развитие возникает в результате продукции опухолевыми клетками хорионического гонадотропина. **Другие опухоли** (хорио- и тератокарциномы или тератома) также могут секретировать хорионический гонадотропин и спровоцировать преждевременное половое развитие. Опухоли локализируются в центральной нервной системе, средостении или половых железах. Чаще они встречаются у мальчиков, чем у девочек.

У некоторых детей, которым лечение врожденной дисфункции коры надпочечников начато поздно, развивается клиника истинного преждевременного полового развития.

Ложное ППР

Основной причиной ложного преждевременного полового развития у детей обоего пола **являются гормонально-активные опухоли гонад или надпочечников.** Кроме того, к ложному преждевременному половому развитию следует отнести и вирильные формы врожденной дисфункции коры надпочечников.

Яичники и тестикулы способны продуцировать и мужские, и женские половые гормоны, таким же об-



разом и гормонально-активные опухоли гонад способны продуцировать оба вида гормонов у детей обоего пола. В зависимости от преобладания тех или иных половых стероидов гормонально-активная опухоль может вызвать клинику преждевременного полового созревания по **изо-сексуальному** (свойственному полу ребенка) или **гетеросексуальному** (свойственному противоположному полу) типу.

Появление вторичных половых признаков подобно преждевременному наступлению пубертата **может быть вызвано разнообразными лекарственными препаратами:** прием эстрогенов, введение анаболических стероидов, примеси половых гормонов в пищевых продуктах, витаминных препаратах. Через кожу могут всасываться эстрогены, содержащиеся в косметических средствах. Экзогенные эстрогены вызывают интенсивное темно-коричневое окрашивание ареолы молочной железы, что обычно не встречается при эндогенных типах преждевременного развития. Преждевременно появившиеся признаки исчезают с прекращением введения экзогенных гормонов.

Повторюсь, что все описанные варианты - это необычные ситуации, которые требуют безотлагательной консультации врача - детского эндокринолога. ☺

Основной причиной ложного преждевременного полового развития у детей обоего пола являются гормонально-активные опухоли гонад или надпочечников.



Демидовский вестник, июль 2023 года

Историк семей Сибири

**Доктор исторических наук,
профессор Юрий Михайлович Гончаров
10 июня отметил 55-летний юбилей.**

Юрий Михайлович ГОНЧАРОВ в 1992 году с отличием окончил исторический факультет Алтайского государственного университета.

В 1997 году защитил кандидатскую диссертацию под руководством профессора В.А. Скубневского на тему «*Купеческая семья Сибири второй половины XIX - начала XX века*», а в 2003 году защитил докторскую диссертацию на тему «*Городская семья Сибири второй половины XIX - начала XX века*».

В 2000 году Ю.М. Гончаров получил звание доцента, в 2005 году - профессора.

С 2005 года Юрий Михайлович Гончаров - профессор кафедры отечественной истории Алтайского государственного университета.

В 2019 году окончил магистратуру АлтГУ по специальности «юриспруденция».

Основными направлениями исследований профессора Гончарова являются:

- провинциальный русский город;
- сословный строй Российской империи;
- история предпринимательства;
- история семьи, женская и гендерная история;



- история повседневности, брачно-семейное право Российской империи, история диаспор.

Юрий Михайлович Гончаров является автором более 450 публикаций, в том числе 30 авторских и коллективных монографий, учебных пособий. Его работы переведены на английский и польский языки, издавались в Великобритании, Польше, Болгарии, Казахстане, Южной Корее.

Юрий Михайлович Гончаров - лауреат многих премий: Европейской академии (1999 год), лауреат медали РАН с премией для молодых ученых (1999 год), лауреат Государственной премии РФ для молодых ученых за выдающиеся достижения в области науки и техники (2002 год), лауреат премии Алтайского края в области науки и техники (2012) ▶



Церемония вручения гуманитарных Демидовских премий по итогам 2004 года



год). Он отмечен почетной грамотой Министерства образования и науки РФ (2012 год), статусом победителя краевого конкурса «Интеллектуальный капитал Алтая» в номинации «Профессор года» (2015 год). Указом президента Республики Казахстан награжден медалью «20 лет Ассамблеи народа Казахстана» (2016 год), Союзом промышленников Алтая награжден медалью имени Акинфия Демидова (2016 год), Российской Академией естествознания ему присвоено почетное звание «Основатель научной школы» (2017 год). Юрий Михайлович Гончаров - почетный работник сферы образования РФ (2018 год), награжден почетной грамотой АКЗС (2021 год).

Помимо этого профессор Ю.М. Гончаров - неоднократный победитель конкурсов научных грантов и научных программ, как российских, так и международных.

Активно занимается научно-организационной работой. Юрий Михайлович Гончаров выступал организатором научных конференций «Научные



чтения памяти профессора А.П. Бородавкина» (1999-2007 годы), «Научные чтения памяти Ю.С. Булыгина» (2002-2006 годы). Под редакцией Ю.М. Гончарова вышел ряд сборников научных статей («Семья в ракурсе социального знания», «Города Сибири XVII - начала XX века», «Население, управление, экономика, культурная

жизнь Сибири XVII - начала XX века», «Современное историческое сибиреведение XVII - начала XX века» и другие).

Член редакционных коллегий трех научных журналов.

Работал в составе диссертационных советов по изобразительному и декоративно-прикладному искусству и архитектуре по историческим наукам Алтайского государственного университета.

Юрий Михайлович Гончаров создал научную школу социально-экономической истории Сибири, под его руководством защитили диссертации 12 кандидатов и 6 докторов наук.

И сегодня доктор исторических наук, профессор Юрий Михайлович Гончаров активно занимается международной деятельностью, пропагандируя достижения Алтайского государственного университета. Стажировался в Институте истории Макса Планка (Германия), Институте и музее «Яд Вашем» (Израиль), преподавал в зарубежных вузах (Монголия, Казахстан, Узбекистан).

Но еще на старте его научной и преподавательской карьеры, почти 20 лет назад, в 2004 году Попечительский совет Демидовского фонда отметил тогда еще 35-летнего Юрия Михайловича Гончарова гуманитарной премией Алтайского Демидовского фонда в номинации «История» «За цикл работ, посвященный истории городов Сибири».

Искренне желаем Юрию Михайловичу здоровья, творческого научного долголетия, достойных учеников и последователей. Надеемся, что его опыт и талант организатора, гражданская позиция позволят ему также последовательно и эффективно оставаться активным участником нашего «демидовского движения». ☺



Любовь к искусству через года. К 80-летию Л.Н. Шаминой

2 июля отметила 80-летний юбилей
Любовь Николаевна ШАМИНА, один из самых
известных искусствоведов Алтайского края,
заслуженный работник культуры России (1991),
член Союза художников России (1985).

Искусствоведческое образование Любовь Николаевна Шамина получила в Ленинградском институте живописи, скульптуры и архитектуры имени И.Е. Репина Академии художеств СССР.

Большая часть ее трудовой деятельности связана с Государственным художественным музеем Алтайского края, в котором она проработала более 30 лет - начиная с 1963 года, экскурсоводом, старшим научным сотрудником, главным хранителем, а с 1976 по 1997 годы являлась директором музея. Активно занималась решением

проблемы расширения экспозиционных площадей музея. Под ее руководством проведена реконструкция помещений в зданиях музея в краевой столице по ул. Советской, 28 и пр. Ленина, 88.

Любовь Николаевна Шамина внесла большой вклад в научную, выставочно-просветительскую и собирательскую деятельность Государственного художественного музея Алтайского края. При ее содействии и непосредственном участии в собрание ГХМАК поступили уникальные и ценнейшие произведения искусства: картины



А.К. Саврасова «Могила на Волге» и «Воробьевы горы. Ночь», И.К. Айвазовского «Феодосия в лунную ночь», К.А. Коровина «Дама с лампой», С.А. Коровина «Портрет В.Г. Перова», В.А. Серова «Портрет жены», Л.О. Пастернака «Портрет Н. Окуньковой», А.В. Моравова «Возвращение с пашни», работы художников Н.Е. Сверчкова, Н.П. Крымова, А.В. Фонвизина, В.К. Нечитайло, Ю.П. Кугача, Г.М. Шегаля, а также иконы, русский фарфор, изделия народных промыслов, произведения художников Алтая и Сибири.

С 1997 по 2005 годы Любовь Николаевна Шамина преподает на кафедре искусств в Алтайском государственном университете, доцент.

В этот же период она создает уникальный «Музей истории Барнаульского ликероводочного завода», приуроченный к 100-летию старейшего предприятия города, активно занимается формированием коллекции этого музея. ►



Первая экспозиция музея была открыта 21 декабря 1999 года. Через 10 лет своей работы музей предприятия насчитывал уже более 1500 экспонатов.

В 2006-2015 годы Любовь Николаевна Шамина - **ведущий искусствовед барнаульской картинной галереи «Кармин» С.Г. Хачатуряна.**

Она и сегодня продолжает активную творческую деятельность: организует выставки, комплекзует коллекции по искусству, читает лекции, принимает участие в Сибирских искусствоведческих чтениях, выступает со статьями об искусстве в прессе, пишет книгу воспоминаний.

Любовь Николаевна Шамина - автор многочисленных изданий по искусству: книг, альбомов, каталогов, искусствоведческих статей.

Любовь Николаевна многие годы была активным сподвижником демидовского движения в Алтайском крае. Ее экспертное мнение было важным для принятия решения при изучении представленных на соискание гуманитарных Демидовских премий работ в разных номинациях.



Честно говоря, ее многолетняя деятельность по популяризации изобразительного искусства, талант прекрасного организатора музейного дела изначально были отмечены попечителями Демидовского фонда. Но, с другой стороны, ее

скромность, желание и умение в первую очередь поддержать и отметить других - по ее мнению «более достойных», было неким препятствием для вручения именно ей Демидовской премии.

В 2008 году Любовь Николаевна Шамина была заслуженно объявлена лауреатом гуманитарной Демидовской премии в номинации «Изобразительное искусство». Вручая премию, попечители Демидовского фонда особо отметили «подготовленный и изданный цикл искусствоведческих работ, изданных за последние годы, посвященных творчеству ведущих художников Алтайского края, собраниям произведений крупных Барнаульских и скромных сельских картинных галерей».

От души желаем Любови Николаевне Шаминой творческого долголетия, новых проектов, в том числе и в рамках Демидовского фонда!



Здоровая семья – это здорово!

(По волне моей памяти...)

20 лет



О мире и о войне. Вахта памяти!



ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (235) июль 2023 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год

Регистрационный номер ПИ-12-1944 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 25.07.2023 г., фактически - 14:00 25.07.2023 г.
Дата выхода: 31.07.2023 г.

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

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

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

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



Здоровая семья – это здорово!
(По волне моей памяти...) *20 лет*

День гражданина! Стремиться быть здоровым – это гражданский долг!

