

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (236) АВГУСТ 2023



Евгений Александрович Емельянов
Индивидуальный художник РД
1951 г.р., г. Барнаул
Почтовый ящик № 2022, г. Барнаул, 656005



Актуальные вопросы развития здравоохранения в Алтайском крае

В конце июля текущего года, на мой взгляд, произошло довольно не рядовое мероприятие в Алтайском крае - рабочий визит министра здравоохранения Российской Федерации Михаил Альбертович Мурашко, а также целого ряда главных внештатных специалистов МЗ РФ, являющимися одновременно и руководителями федеральных медицинских центров.

Итоги визита были подведены на рабочем совещании с участием Губернатора края Виктора Петровича Томенко, руководителей краевого министерства здравоохранения, главных врачей ведущих лечебных учреждений Алтайского края. Протокол совещания отражает в значительной мере те проблемы и пути их решения, которые, по общему мнению участников, должны быть реализованы в крае для изменения демографической ситуации, в соответствии с актуализированным планом по снижению смертности, росту продолжительности и качества жизни жителей региона.

Сформулировано довольно много поручений, связанных с устранением конкретных замечаний в работе отдельных служб и учреждений, с внедрением новых для края медицинских и организационных технологий, определены конкретные сроки, поименованы ответственные (причем, обстоятельность, конкретика докладов специалистов МЗ РФ и их рекомендаций отмечены многими региональными участниками совещания), но как стратегически важное направление выделено всё же профилактическое: «...создание условий для проведения диспансеризации, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения».

Такая работа, безусловно, имеет свою специфику в рамках оказания помощи и детям, и беременным женщинам, и в организованных коллективах, и с лицами старшего трудоспособного возраста, и при различных хронических заболеваниях. Готовность к такой работе всего медицинского персонала, особенно первичного звена, - и технологическая, и даже психологическая, - важны. Но очевидно одно! Заинтересованность, вовлеченность каждого человека в сохранение и укрепление своего индивидуального здоровья, здоровья своей семьи - это задача не только и даже не столько медицинских работников, но и руководителей крупных промышленных предприятий и организаций, малого бизнеса, муниципальных органов, СМИ. Но прежде всего - нас самих.

Мы в редакции взяли «на вооружение» протокол рабочего совещания под председательством министра здравоохранения России М.А. Мурашко и с коллегами намерены подготовить ряд публикаций именно по проблемам и рекомендациям, отраженным в нем.

А вам, уважаемые земляки, предлагаем и даже настоятельно советуем: не оставляйте без внимания приглашения ваших медицинских и страховых организаций пройти профилактический медицинский осмотр или программу диспансеризации, если вы попадаете в декретированную группу, подлежащих ДОГВН. И не относитесь к такой процедуре формально, выделите достаточное время, завершите, если назначено, дополнительное обследование. Не прослушайте, а услышите советы специалистов по образу жизни, именно вашему! Именно такой подход обеспечит вам здоровье, а при необходимости и своевременное и качественное лечение, а возможности наших краевых лечебных учреждений - довольно серьезные.

Здоровья вам, дорогие земляки!



4
Если есть вопросы по медпомощи по ОМС



7
Заболевания молочных желез у девушек-подростков



26
О пользе грудного вскармливания



37
ВИЧ у пожилых людей



38
Перед тем как сделать важный шаг

На обложке: картина «Прощание славянки» (2022 год), художник А.Е. Емельянов.

К юбилею Юрия Савенкова.

Человек-легенда: организатор эндокринологической службы в Алтайском крае и чемпион мира по бегу 2-3

Если есть вопросы по медпомощи по ОМС 4

Краевые медицинские организации

- одни из лучших социально ответственных работодателей 2023 года 5

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Т.А. Певзнер. Медицинская реабилитация детей раннего возраста .. 6-9

Если укусило бешеное животное 10

Новости здравоохранения России 11

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Ю.А. Шадеева, Г.В. Немцова.

Преждевременная недостаточность яичников 12-13

Цифровая эра медицины 14-15

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

О.В. Булганина.

Заболевания молочных желез у девушек-подростков 16-18

Искусственный интеллект поможет, но врача не заменит 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.С. Рякишева. Здоровый образ жизни

и профилактика онкологии 21-24

Законы, вступившие в силу в августе 25

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Д.С. Фуголь. О пользе грудного вскармливания 26-29

Сердце под контролем 30

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

А.А. Коломиец, Л.В. Тинякова.

Первая домедицинская помощь.

Само- и взаимопомощь 31-34

Новости здравоохранения России 35

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД: ЗНАТЬ - ЗНАЧИТ ЖИТЬ!

ВИЧ у пожилых людей 36-37

Почему женщины живут дольше мужчин 37

ШКОЛА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ

С.А. Маурер. Перед тем как сделать важный шаг 38-40

Если малыш проглотил батарейку 41

ДЕМИДОВСКИЙ ВЕСТНИК, август 2023 года

«Человек для меня главное всего!..» 42-43

Архитектура как вся жизнь 44



К юбилею Юрия Савенкова. организатор эндокринологической службы



Юрий Ильич САВЕНКОВ родился 25 августа 1938 года в селе Деделово Тульской области в семье рабочих. Окончил лечебный факультет Рязанского медицинского института (1962 год), аспирантуру во Всесоюзном институте эндокринологии и химии гормонов (1970 год). Защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние свертывающей системы крови и липидного обмена при гипотиреозе».

В Алтайском государственном медицинском институте, после - университете, проработал 50 лет - с 1970 года. Около четверти века был главным внештатным эндокринологом Алтайского края, президентом краевой ассоциации эндокринологов. **Юрий Ильич Савенков - один из организаторов эндокринологической службы Алтайского края, эндокринологического отдела краевого диагностического центра, городского эндокринологического отделения.** Являлся членом президиума и правления Всесоюзного и Всероссийского общества эндокринологов, Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета, членом комиссии по методическому

обеспечению преподавания эндокринологии в вузах Министерства здравоохранения РФ, главным редактором краевого журнала «Диабет и мы», ответственным за биологическое отделение краевого общества «Знание». Был членом редакционного Совета российского журнала «Сахарный диабет». Был ответственным исполнителем по изучению патологии щитовидной железы в рамках программы «Семипалатинский полигон».

Основные научные направления профессиональной деятельности врача Савенкова: проблема сахарного диабета, метаболического синдрома, ожирения.

Автор 134 научных работ, нескольких монографий, посвященных ожирению и сахарному диабету. Имеет награды «За освоение целинных и залежных земель», почетный знак министра спорта РФ, почетные грамоты администрации края, АКЗС, города Барнаула.

Савенков - врач

Юрий Ильич Савенков всю профессиональную жизнь активно практиковал. К нему всегда приходили пациенты с «неясным, трудным диагнозом». И Юрий Ильич кропотливо распутывал «паутину симптомов и синдромов». **Всегда читал и практиковал, практиковал и читал.** С пациентом долго разговаривал, изучал особенности его быта, профессиональной деятельности, семейных отношений, причин, которые могли спровоцировать болезнь. Больные его уважали!

Юрий Ильич стоял у истоков алтайской эндокринологии детского и взрослого возраста. В человеке он всегда видел большой резерв возможностей, старался объяснить каждому, что при желании можно победить или стабилизировать любую болезнь. И даже говорил: *«Я хотел бы заболеть сахарным диа-*

бетом, чтобы доказать, что это не болезнь, а образ жизни».

Савенков - учитель

Наверное, все, кто учился в АГМИ (АГМУ) с 1970 по 2020 годы, помнят энергичного, эрудированного, с тонким чувством юмора Юрия Ильича Савенкова. **Как учитель он всегда был строг и требователен.** А как иначе в профессии врача? «Строг, но справедлив!» - это про него. Сегодня не сдал экзамен - завтра не спас пациента.



А еще всегда любил студентов, водил их на консилиумы, объяснял, показывал, вдохновлял. Школу Савенкова прошли все нынешние взрослые и детские эндокринологи. **Юрий Ильич действительно создал не только медицинскую службу, но и обеспечил ее кадрами, вырастив несколько поколений докторов.** За что ему большая благодарность и низкий поклон! Он наставлял, советовал, помогал, ругал и радовался успехам! Жил эндокринологией. Для него передача опыта была естественна. Он любил и умел это делать мастерски.

Савенков - профессиональный спортсмен

Легкой атлетикой Юрий Ильич занялся в 54 года. Сейчас у него около ста медалей, при этом золотых - более пятидесяти.



Человек-легенда: в Алтайском крае и чемпион мира по бегу

Юрий Ильич десятки раз побеждал в международных соревнованиях. У него есть даже такая фраза: «Статистом на соревнования я не езжу». Дома рядом с пьедесталом медалей дома у него расположена цитата: «Прежде надо стать сильным человеком, потом стать сильным бегуном».

Юрий Ильич рассуждает как врач и спортсмен: «Спорт и физкультура - это разные вещи. Дайте себе разумную физическую нагрузку каждый день - и нет лучшего лекарства, а из штангов выпрыгивать не надо. При этом надо знать свойства организма: пульс, давление, биохимические показатели и т.д. Спорт, тем более в пожилом возрасте, - не для всех. А вот физические нагрузки - обязательны. Мы со школы знаем, что человек - существо биосоциальное. И зависит он от законов природы: с годами теряются силы, тяжелеет тело, нарастает усталость после работы, появляются куча недугов, в частности, так называемых болезней цивилизации, которые появляются от неактивного образа жизни...»

Савенков - Человек с большой буквы

Юрий Ильич - человек слова и дела. Настоящий мужчина!

Умеет принимать решения и нести за них ответственность.

Не терпит лжи и фарисейства.

Продолжатель рода. Любящий отец и дед.

...Когда Юрий Ильич прощается, он всегда говорит только одну фразу: «**Будьте здоровы!**» **Будьте здоровы и вы, дорогой и уважаемый Юрий Ильич!** 🌟

Материал подготовлен взрослыми и детскими эндокринологами Алтайского края, сотрудниками АГМУ



В журнале «Здоровье алтайской семьи» №3 за 2016 год мы писали о соревнованиях, проходивших в АГМУ. И в этом материале отметили и Юрия Ильича Савенкова:

- Среди почетных гостей - Юрий Ильич Савенков, доцент кафедры госпитальной терапии, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, организатор эндокринологической службы на Алтае. Спортивных успехов у Юрия Ильича не меньше, чем медицинских: он многократный чемпион России, Европы и мира среди ветеранов по легкой атлетике.

На торжественном открытии фестиваля Юрий Ильич рассказал участникам соревнований, зачем врачу быть здоровым:

- Мы - врачи, а значит, обладатели самой благородной профессии. Для того чтобы помочь другим сохранить здоровье, нужно, прежде всего, соответствовать самому тем рекомендациям, которые даешь. Я желаю, чтобы вы соответствовали профессии врача не только сейчас, будучи молодыми и здоровыми, но и через двадцать-тридцать лет. Будьте всегда такими же красивыми, как сейчас!



Краевые медицинские организации - одни из лучших социально ответственных работодателей 2023 года

22 августа состоялась торжественная церемония вручения наград победителям и призерам конкурса «Лучший социально ответственный работодатель года».

В праздничном мероприятии приняли участие заместитель Председателя Правительства, министр экономического развития региона Анатолий Нагорнов, руководители органов власти, краевые объединения работодателей, представители Алтайского краевого союза организаций профсоюзов.

Анатолий Нагорнов отметил, что Президентом Российской Федерации 2023 год объявлен Годом педагога и наставника, а Федерацией независимых профсоюзов России - Годом укрепления и развития социального партнерства. К этим событиям приурочен ряд краевых мероприятий. Чествование победителей и призеров краевого конкурса «Лучший социально ответственный работодатель года» занимает среди них одно из ведущих мест.

В 2023 году определены победители и призеры конкурса по 15 номинациям (всего отмечены 42 работодателя). Среди них оказались три медицинские организации края.

Краевая клиническая больница победила в номинации «За трудоустройство инвалидов».

В номинации «За сокращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в органи-

ях непроеизводственной сферы» первое место заняла Павловская центральная районная больница.

Второе место в номинации «За лучшие условия труда работникам с семейными обязанностями в организациях непроеизводственной сферы» занял Павловский детский санаторий «Зарница».

Все победители и призеры конкурса награждены дипломами Губернатора Алтайского края, обладатели первых мест - памятными подарками. Также на торжественной церемонии девяти организациям региона вручены сертификаты «Социально ответственный работодатель Алтайского края».

Краевой конкурс «Лучший социально ответственный работодатель года» является региональным этапом Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности».

На сегодняшний день в краевом регионе социально ответственных работодателей **более 400 организаций**, и этот список продолжает расти.

Поздравляем победителей и желаем дальнейших успехов в работе! 🌟

По информации сайта министерства здравоохранения Алтайского края



Медицинская реабилитация детей раннего возраста



Татьяна Анатольевна ПЕВЗНЕР,
заведующая отделением
медицинской
реабилитации для детей с
заболеваниями нервной
системы, врач-невролог
КГБУЗ «Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»

Реабилитация в педиатрии имеет свою специфику в силу особенностей детского организма. Последствия многих заболеваний, дефекты развития, особенно в раннем возрасте, существенно нарушают адаптивные способности детского организма, не позволяя считать такого ребенка вполне здоровым.

Реабилитация в педиатрии - это четко очерченный этап в системе здравоохранения. Начинается он с момента возникновения заболевания, травмы или дефекта развития и заканчивается восстановлением физического, психического и социального благополучия при отсутствии или стойкой компенсации патологических отклонений морфологического или функционального характера. Возможность и эффективность реабилитации зависит не только от социальных условий, но и от правильного понимания каждым врачом ее целей и особенностей.

Цель реабилитации в педиатрии - не только вернуть больному ребенку здоровье, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня.

Этапы реабилитации

Медицинская реабилитация детей осуществляется в три этапа.

Первый этап проходит в острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или в острый период травмы, послеоперационный период в стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания в стационарных условиях в реабилитационных центрах или от-

делениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь.

Третий этап осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения в условиях дневного стационара и (или) в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь, то есть в поликлиниках.

Медицинская реабилитация детей осуществляется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК). Эта группа объединяет специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию, имеет четкую согласованность и координированность действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации. Группа формируется на функциональной основе индивидуально для каждого ребенка в зависимости от его нозологии, тяжести, периода и особенностей течения заболевания, этапа оказания медицинской реабилитации.

О нашем отделении

С 1 февраля 2018 года в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства функционирует уникальное не только для Алтайского края, но и для всего Сибирского региона **отделение медицинской**



реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы (нейрореабилитационное отделение для детей раннего возраста) **от 0 до трех лет включительно.**

Это структурное подразделение возникло в результате репрофилирования отделения патологии новорожденных и недоношенных детей №3, которое было открыто в Алтайской краевой клинической детской больнице 15 февраля 1983 года для лечения детей раннего возраста с различной неврологической патологией.

Изначально в отделении медицинской реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы проходили лечение и реабилитацию дети до первого года жизни, но с 1 января 2022 года возрастной диапазон был расширен: на реабилитацию стали принимать детей с 0 до трех лет включительно. Отделение рассчитано на 30 коек для детей и 30 коек для матерей по уходу за детьми. Работа проводится в круглосуточном режиме. **В условиях отделения осуществляется второй этап реабилитации.**

Показания

для госпитализации

Показаниями для госпитализации в отделение медицинской реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы являются:

- ◆ последствия перинатальных поражений центральной нервной системы (задержка моторного и доречевого развития, нарушения мышечного тонуса, внутричерепная гипертензия);

- ◆ недоношенные, рожденные с очень низкой массой тела, экстремально низкой массой тела, - с месячного возраста с различной степенью неврологических нарушений;

- ◆ дети, перенесшие критические ситуации в момент рождения, находившиеся на лечении в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН);

- ◆ последствия перенесенных родовых травм, нейроинфекций, черепно-мозговых травм;

- ◆ последствия интранатальных повреждений периферической нервной системы;



- ◆ детский церебральный паралич;
- ◆ окклюзионная гидроцефалия (состояния после вентрикулоперитонеального шунтирования);

- ◆ дети, перенесшие в раннем возрасте оперативное лечение по поводу заболеваний других систем (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата) с задержкой в двигательном и психоречевом развитии.

В начале реабилитации

Дети, поступающие в отделение на реабилитационный курс терапии, получают комплексное лечение, разработанное мультидисциплинарной реабилитационной командой, в состав которой входят: врач-невролог, врач по физической и реабилитационной медицине, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, инструктор ЛФК, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, медицинский логопед, психолог, при необходимости - врачи узких специальностей (кардиолог, ортопед, гастроэнтеролог, уролог, нефролог, пульмонолог и другие). **Состав мультидисциплинарной команды определяется лечащим врачом (неврологом) индивидуально** для каждого ребенка, в зависимости от нозологии, тяжести, периода и особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, а также возраста ребенка.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания в стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций.



▶ Детям, наблюдающимся у кардиолога с пороками развития сердечно-сосудистой системы, необходим контроль ЭКГ, ЭхоКГ - для оценки тяжести порока, степени недостаточности кровообращения.

Специалисты мультидисциплинарной бригады после осмотра ребенка:

- ▶ оценивают его клиническое состояние,
- ▶ оценивают исходный реабилитационный статус пациента перед началом проведения медицинской реабилитации,
- ▶ устанавливают реабилитационный диагноз,
- ▶ определяют степень функциональных нарушений, реабилитационный потенциал, а также факторы, ограничивающие проведение реабилитации,
- ▶ формируют цели и задачи проведения реабилитационных мероприятий,
- ▶ разрабатывают индивидуальный план медицинской реабилитации.

Перед началом реабилитации при необходимости **проводится обследование ребенка** с использованием возможностей диагностических подразделений КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Проводятся обследования:

- ◆ *электроэнцефалограмма* (фоновая, видеомониторирование) для исключения эпилептической активности, судорог, так как они могут быть противопоказанием для проведения реабилитации;
- ◆ *электронейромиография*, зрительные, акустические вызванные потенциалы;
- ◆ *нейросоноскопия*;

- ◆ *УЗИ внутренних органов*;
- ◆ *осмотр офтальмологом* (глазное дно);
- ◆ *рентгенография*, в отдельных случаях (при подозрении на пороки развития головного мозга, декомпенсации гидроцефалии, дисфункции ВПШ) - МРТ и МСКТ.

Детям, наблюдающимся у кардиолога с пороками развития сердечно-сосудистой системы, необходим контроль ЭКГ, ЭхоКГ - для оценки тяжести порока, степени недостаточности кровообращения.

Назначение реабилитационных мероприятий

При отсутствии противопоказаний для проведения реабилитации ребенку назначаются реабилитационные мероприятия, в состав которых входит:

- ◆ *медикаментозная терапия* (нootропная, нейрометаболическая, нейротрофическая, вазоактивная терапия) индивидуально, по показаниям. Также при необходимости проводится коррекция дефицитных состояний: анемии, дефицит витамина D3 и другие;
- ◆ *лечебный массаж*;
- ◆ *ЛФК*, в том числе с использованием тренажеров «Орторент+», «ходунков», гимнастических мячей;
- ◆ *мануальная терапия*, кинезиотерапия;
- ◆ *физиопроцедуры* (электростимуляция, электрофорез, амплипульстерапия, магнитотерапия, микрополяризация, светолечение, парафиновые аппликации);
- ◆ *кинезиотейпирование*;
- ◆ *логопедические занятия*, логопедический массаж;
- ◆ *иглорефлексотерапия*.

Также **разрабатывается диетотерапия для детей с особенностями вскармливания**: проводится подбор адаптированной неспециализированной или лечебной смеси, рассчитываются объем и частота кормлений, сроки введения прикормов, осуществляется контроль за весовыми прибавками, проводится обучение мамы методам профилактики срыгиваний, метеоризма, задержки стула.



Во время реабилитационного лечения

В динамике **оценивается** клиническое состояние здоровья ребенка во время проведения реабилитационных мероприятий, в том числе с целью выявления рисков развития осложнений, **дается оценка** реабилитационного статуса в динамике и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

С родителями пациентов по необходимости **работает психолог**, обсуждаются такие вопросы, как этапы развития ребенка раннего возраста, семейные взаимоотношения после рождения ребенка и другие.

Также задачей работы отделения является не только непосредственное проведение реабилитационных мероприятий, но и **обучение родителей ребенка** основным элементам массажа, ЛФК, логопедических занятий, чтобы в последующем на амбулаторном этапе они могли ежедневно заниматься с детьми для улучшения и закрепления результатов проведенной работы.

Какие отмечают **положительные эффекты от проведения медицинской реабилитации у детей?** Это:

- улучшение мышечного тонуса, формирования позы, опоры, ходьбы;
- развитие или восстановление утраченных моторных и психических навыков в результате болезни ребенка;
- увеличение объема движений в суставах конечностей, профилактика ортопедических осложнений;
- улучшение когнитивных и речевых функций, коммуникации и социализации;
- адаптация и повышение выносливости к физической нагрузке, простудным заболеваниям.

Направление в отделение

Наличие показаний для госпитализации ребенка в отделение медицинской реабилитации детей с заболеваниями нервной системы (нейрореабилитационное отделение для детей раннего возраста) от 0 до трех лет



КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» **определяет участковый педиатр или невролог**. Необходимо оформить телемедицинскую консультацию (ТМК) по системе МИС (медицинские информационные системы). **После рассмотрения заявки определяется дата госпитализации**, и ребенок поступает на реабилитацию. *Необходимость повторного курса и сроки его проведения определяет лечащий врач.*

В отделении работают высококвалифицированные сотрудники, которые стараются создать комфортные условия пребывания ребенка и матери. На сайте больницы и в социальных сетях можно увидеть много положительных отзывов о работе нашего отделения.

Создание отделения медицинской реабилитации детей с заболеваниями нервной системы (нейрореабилитационного отделения для детей раннего возраста) от 0 до трех лет является очень своевременным и решает проблему поэтапного восстановительного лечения детей с рождения. Особенно это актуально для детей, рожденных раньше срока, учитывая, что совершенствуются технологии выхаживания детей с крайне низкой массой тела при рождении и что таких детей становится всё больше. **Поэтапная реабилитация детей, рожденных с патологией ЦНС, поможет уменьшить количество детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы и улучшить качество жизни и здоровья большого количества детей.** ☺

Задачей работы отделения является не только проведение реабилитационных мероприятий, но и обучение родителей ребенка основным элементам массажа, ЛФК, логопедических занятий, чтобы они могли ежедневно заниматься с детьми для улучшения и закрепления результатов проведенной работы.





Преждевременная недостаточность яичников



Юлия Александровна ШАДУЕВА,

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



Галина Викторовна НЕМЦЕВА,

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

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Термином «преждевременное истощение (недостаточность) яичников» обозначается синдром, который характеризуется снижением или полным отсутствием функции яичников у женщин в возрасте моложе 40 лет.

В отличие от своевременной менопаузы, когда наблюдается окончательная потеря функции яичников, при преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) может наблюдаться ее спонтанное возобновление.

Частота заболевания в среднем составляет 1%, однако она зависит от возраста и этнической принадлежности пациенток. В России доля больных репродуктивного возраста с первичной и различными формами вторичной яичниковой недостаточности составляет 0,7%.

Чем опасна ПНЯ

Дефицит половых гормонов в возрасте до 40 лет не только способствует формированию бесплодия, вазомоторных и эмоционально вегетативных проявлений, но и является фактором риска развития *остеопороза*, а также *сердечно-сосудистых заболеваний*.

Известно, что у женщин с преждевременной недостаточностью яичников вероятность развития *ишемической болезни сердца и инсультов* после 50 лет повышается в 2,08 и 2,19 раза соответственно в сравнении с женщинами в естественной менопаузе.

Причины возникновения

В большинстве наблюдений точно выявить этиологию данного заболевания крайне сложно, поэтому неустановленные причины в структуре преждевременной недостаточности яичников продолжают составлять более 50%.

По современным представлениям, ПНЯ развивается вследствие *резкого снижения числа фолликулов за счет*

их ускоренной гибели, недостаточной их закладки во время внутриутробного развития или при нарушениях созревания.

Наиболее распространенными причинами являются:

- *генетические* (наследственные) факторы,
- перенесенные ранее *оперативные вмешательства* на яичниках,
- *лучевая или химиотерапия* при онкологии,
- *инфекционные заболевания* (ВИЧ, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит, туберкулез),
- *аутоиммунные нарушения* (гипотиреоз, сахарный диабет первого типа, Аддисонова болезнь),
- *неэндокринные поражения* (тромбоцитопеническая пурпура, витилиго, алопеция, злокачественная или аутоиммунная анемия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, синдром Шегрена, первичный билиарный цирроз и другие).

Клинические проявления

Признаками заболевания у женщин с преждевременной недостаточностью яичников являются **нарушения менструального цикла** в виде длительных задержек менструаций, вплоть до полного их отсутствия (аменорея). На фоне аменореи появляются **приливы, постоянное необоснованное чувство усталости, снижение работоспособности, ухудшение познавательной функции и памяти, нарушение настроения** (раздражительность, депрессия), **сухость во влагалище, отсутствие полового влечения**, что обуслов-



лено выраженным дефицитом половых гормонов.

Преждевременное истощение яичников сопровождается развитием **бесплодия** - наиболее тяжело преодолимого симптома заболевания.

Диагностика

Специфических маркеров для ранней диагностики преждевременной недостаточности яичников **не существует**.

Ведущими клиническими признаками являются:

- ♦ *возраст* моложе 40 лет,
- ♦ *отсутствие менструаций* не менее 3-6 месяцев,
- ♦ *уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)* более 25МЕ/л при двух определениях с интервалом в 4 недели,
- ♦ *ультразвуковые маркеры* (уменьшение размеров яичников, отсутствие в них фолликулярного аппарата, снижение овариального кровотока, атрофия эндометрия).

Помимо этого проводятся дополнительные обследования для исключения других заболеваний со схожей симптоматикой.

Для своевременной диагностики долговременных рисков, ассоциированных с дефицитом половых гормонов, больным с преждевременной недостаточностью яичников показан **ежегодный скрининг минеральной плотности кости (МПК) с помощью денситометрии**. При преждевременной недостаточности яичников примерно у каждой второй пациентки МПК снижена по отношению к возрастной норме.

Определение уровня липидов крови необходимо проводить для оценки риска развития дислипидемии как начального этапа формирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Лечение

Для восполнения дефицита половых гормонов при преждевременной недостаточности яичников наиболее рационально **применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) эстрадиолом в сочетании с прогестгенами** в циклическом режиме. Индиви-



дуальный подбор препаратов может осуществляться только лечащим врачом после полного клинико-лабораторного обследования. ЗГТ настоятельно рекомендуется женщинам с преждевременной недостаточностью яичников в основном для облегчения вазомоторных и мочеполовых симптомов. Кроме того, ЗГТ играет роль в защите костей и первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Женщины с ПНЯ должны находиться под наблюдением гинеколога с соблюдением принципов ежегодного скрининга: УЗИ гениталий и молочной железы, ПАП-тест. Заместительную гормонотерапию женщинам целесообразно проводить до возраста наступления своевременного выключения функции яичников (то есть в среднем до 50 лет).

Помимо медикаментозного лечения женщинам необходимо **соблюдать и принципы по изменению образа жизни**: например, физическая активность, прекращение курения, нормализация веса.

Преждевременная недостаточность яичников - это актуальная проблема современного общества, она значительно ухудшает здоровье и снижает качество жизни у молодых женщин вследствие дефицита половых гормонов. Но **постановка диагноза и назначение заместительной гормональной терапии позволяет своевременно и эффективно предотвращать симптомы и развитие осложнений** у этой категории пациенток. 🌱

Помимо медикаментозного лечения женщинам необходимо соблюдать и принципы по изменению образа жизни: например, физическая активность, прекращение курения, нормализация веса.



Заболевания молочных желез у девушек-подростков



**Олеся Валентиновна
БУЛГАНИНА,**

кандидат медицинских наук, заведующая Центром охраны репродуктивного здоровья подростков КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

На протяжении всей жизни женщины молочная железа претерпевает значительные преобразования. С подросткового возраста она подвержена постоянным циклическим изменениям. К тому же молочная железа, являясь гормонально-зависимой, находится под влиянием половых стероидных гормонов и реагирует на все изменения в системе гипоталамус-гипофиз-яичник.

Также нельзя не принимать во внимание роль таких гормональных органов, как щитовидная железа, надпочечники, - так как изменения в этих органах отражаются и на функции молочной железы.

Об ранней диагностике

По данным клинических наблюдений выявление патологических изменений молочных желез у детей и подростков имеет тенденцию к росту, как доброкачественной патологии, так и выявлению рака молочной железы в молодом возрасте. За последнее десятилетие рак молочной железы стал ведущей причиной смерти среди молодых женщин (с 19 до 34 лет) в индустриально развитых странах.

В России рак молочной железы занимает третье ранговое место среди всех причин смерти женского населения. Многочисленными исследованиями доказано, что злокачественные образования молочных желез встречаются в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30% случаев - при узловых формах доброкачественной дисплазии молочных желез с явлениями пролиферации. Поэтому **ранняя диагностика является единственным путем снижения смертности от рака молочной железы.**

В соответствии с Приказом Минздрава России №1130н от 20.10.2020 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» *основное направление работы врачей-аку-*

шеров-гинекологов, работающих с несовершеннолетними, направлено на предупреждение и раннее выявление не только гинекологических заболеваний, но и патологий молочных желез.

По статистическим данным, патология молочных желез у девочек подросткового возраста в Алтайском крае составила в 2020 году - **5,8%**, в 2021 году - **5,1%**, в 2022 году - **2,8%** от общего числа заболеваний, с которыми они обратились к врачу-акушеру-гинекологу.

Классификация заболеваний молочных желез

По классификации заболеваний молочных желез выделяют **аномалии и нарушения развития молочных желез, неопухолевые заболевания, а также доброкачественные и злокачественные опухоли.**

В подростковом возрасте частота онкологической патологии не превышает 1%, а наиболее частым вариантом являются доброкачественные заболевания.

Среди доброкачественных заболеваний в подростковом возрасте чаще выявляются *фиброаденомы, кисты молочных желез, очаговые гиперплазии.*

Из злокачественных поражений для этого возраста более всего характерно возникновение редкой морфологической формы - *ювенильного или секреторного рака молочной железы.*



К редким anomalies развития молочных желез относятся:

- *амастия* (полное отсутствие одной или обеих молочных желез);
- *ателия* (врожденное отсутствие обоих или одного соска);
- *полимастия* (избыточное количество молочных желез);
- *макромастия* (одно- или двухсторонняя гипертрофия ткани молочной железы);
- *раздвоение соска*.

Наиболее часто встречаемыми anomalies развития молочных желез являются:

- *асимметрия молочных желез*;
- *булавовидная молочная железа*;
- *полителия* (избыточное количество сосков);
- *дополнительные отростки железистой ткани* (железистая ткань расположена далеко от молочной железы, чаще всего в подмышечной области);
- *втянутый сосок*.

Нелактационный мастит у подростков

Воспалительные заболевания молочных желез у подростков в подавляющем большинстве случаев представлены **нелактационным маститом**.

Развитие мастита связано с *внедрением инфекции, проникающей различными путями в молочную железу*: из ссадин и трещин соска, околососковой области и кожи, покрывающей молочную железу, реже из гнойных очагов на ее поверхности (фурункулез, экзема, расчесы и другое), через молочные ходы, открывающиеся на соске.

Причиной развития нелактационного мастита в подавляющем большинстве случаев является *золотистый или эпидермальный стафилококк, редко - стрептококки*. У небольшой части больных причиной мастита может стать *условно-патогенная микрофлора, проникающая в ткань молочной железы гематогенным путем*. Источники микроорганизмов при данном пути инфицирования являются очаги хронической неспецифической инфекции в организме подростков.

Крайне редко в подростковом возрасте выявляются:

- *парамастит* (ограниченные гнойные воспалительные процессы кожи,



- подкожной жировой клетчатки, покрывающие молочную железу),
- *туберкулез молочных желез*,
- *сифилис молочных желез*.

Доброкачественная дисплазия молочной железы

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) - это группа заболеваний, которая характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов. В результате в молочной железе формируются изменения фиброзного, кистозного, пролиферативного характера.

Девочки-подростки в подавляющем большинстве случаев обращаются с **диффузной формой ДДМЖ**, реже - с **узловой формой**.

Причины, вызывающие развитие ДДМЖ, до настоящего времени четко не определены. Считается, что значимым этиологическим фактором развития ДДМЖ является *избыточное влияние эстрогенов* непосредственно на ткань молочной железы при снижении гормональной активности прогестерона. В результате увеличиваются «агрессивные» фракции эстрогенов, которые стимулируют пролиферативные процессы в молочной железе и развитие нарушений на уровне рецепторов. Кроме того, *отмечена связь между развитием ДДМЖ и гиперпролактинемией*, что

Среди доброкачественных заболеваний в подростковом возрасте чаще выявляются фибroadеномы, кисты молочных желез, очаговые гиперплазии.



За счастливое здоровое детство!

обусловлено способностью пролактина сенсibilизировать ткани молочной железы к эстрогенам и увеличивать в них число рецепторов эстрадиола. Подростковый возраст характеризуется относительной гиперэстрогемией на фоне сниженного уровня прогестерона за счет ановуляции, как следствие незрелости и чувствительности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси к различным повреждающим факторам.

Факторы риска развития ДДМЖ в подростковом возрасте:

- *наследственность* (доброкачественные и злокачественные новообразования у родственников по материнской линии);

- *нейроэндокринные нарушения;*

- *ожирение;*

- *длительный стресс*, приводящий к изменению секреторной функции эндокринных желез;

- *раннее менархе;*

- *нарушения менструального цикла;*

- *гинекологические заболевания;*

- *диета* с высоким содержанием жиров, кофеина и дефицит овощей, фруктов, пищевых волокон;

- *низкая физическая активность;*

- *воспалительные заболевания молочных желез* и другие.

ДДМЖ может иметь **бессимптомное течение**. Как правило, **клинические проявления ДДМЖ** включают *мастодинию* (циклическая, нециклическая, смешанная формы), *уплотнения в молочных железах* и *выделения из сосков*.

Мастодиния - наиболее частый симптом у пациенток с ДДМЖ. При клиническом обследовании может наблюдаться разная степень интенсивности боли в молочных железах: от едва заметной до выраженной при прикосновении. Участки уплотнений не имеют четких границ и определяются в виде тяжей, мелкой зернистости, обусловленной гиперплазией железистых долек.

При узловой мастопатии уплотнения более выражены, отграничены, контуры более четкие, их поверхность бугристая, полициклическая, сохраняется эластичность.

Выделения из сосков могут быть одно- и двусторонними, наблюдаются из нескольких протоков и имеют цвет от молозиво-подобного до темно-желтого, зеленого, бурого, алого.



Диагностика

Диагноз у девушек с патологией молочных желез устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, данных ультразвукового исследования, результатов гормонограммы, МРТ гипофиза (при высоком уровне пролактина). Именно УЗИ позволяет выявить как аномалии развития, так и доброкачественные заболевания.

Лечение

Существующие методы лечения доброкачественных заболеваний молочных желез делят на *консервативные* и *хирургические*. Врач-акушер-гинеколог назначает терапию только пациенткам с диффузными формами ДДМЖ. Определение показаний и противопоказаний к применению хирургических методов лечения при ДДМЖ является компетенцией врача-онколога.

С целью профилактики заболеваний молочных желез важно формировать у будущей женщины и матери ответственное отношение к своему здоровью, а также медико-социальные привычки, которые направлены на его поддержание и сохранение. В маммологическом аспекте это - формирование навыка и привычку самообследования молочной железы, а также регулярное обследование у врача-акушера-гинеколога.

Именно УЗИ считается ведущим методом диагностики состояния молочной железы у подростков за счет его высокой точности и полного отсутствия вредного воздействия на организм.





Здоровый образ жизни и профилактика онкологии

В современном мире онкологические заболевания являются одними из главных причин смерти, при этом многие виды рака за последние годы «помолодели» и встречаются у людей в возрасте 25-35 лет, а в ряде случаев - и в детстве.

Профилактика злокачественных новообразований - это предупреждение возникновения предопухолевого состояния с помощью устранения воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды.

Злокачественные новообразования - вторая по распространенности причина смерти в России. Так, в 2021 году 933 тысячи россиян умерли от болезни сердца и сосудов, 283 тысячи - от злокачественных новообразований.

В Алтайском крае в 2021 году выявили **более 11300 случаев** злокачественных новообразований. Более половины случаев онкологических патологий (**56,9%**) диагностировали на первой и второй стадиях, когда они уверенно поддаются лечению.

У мужчин в «тройке лидеров» - опухоли бронхолегочной системы (20,8%), предстательной железы (13,7%) и кожи (10,4%). **У женщин** чаще всего выявляется рак молочной железы (20,2%), кожи (14,7%) и тела матки (7,8%).

При этом наблюдается тенденция к увеличению возрастного порога: максимальный уровень совокупной онкологической заболеваемости в 2021 году зафиксирован **в возрастной группе 70-74 года** (в 2020 году - 65-69 лет).

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИИ

Четкая система профилактики онкологических заболеваний до сих пор не разработана. Нет определенного метода, который позволит предотвратить образование злокачественной опухоли.

Но есть комплекс простых правил, который называется **«здоровый образ жизни»**.

Питание

К увеличению риска возникновения рака приводят:

- **ожирение.** Опухоли женской половой системы (рак матки, молочной железы) чаще встречаются у женщин с избыточной массой тела. Поэтому профилактика рака молочной железы начинается с нормализации веса;

- **чрезмерное потребление жира,** особенно подвергнутого термической обработке. Общее количество съедаемого за сутки жира не должно превышать 60 граммов;

- **употребление вредных продуктов** - копченостей, жареных продуктов. Злоупотребление ими повышает риск возникновения рака толстого кишечника;

- **употребление колбасных изделий** - при их изготовлении в качестве красителя применяют нитриты, которые придают продуктам красивый розовый цвет, но они являются и слабым канцерогеном. Никто не заставляет отказаться от колбас и сосисок полностью, но питаться исключительно ими может быть опасно для здоровья.

Снизить риск развития онкологии помогут:

- **овощи и фрукты** - в них в большом количестве содержатся витамины и микроэлементы, способствующие нормальному функционированию клеток организма и препятствующие их трансформации в раковые;

- **клетчатка** - неперевариваемый в организме человека элемент пищи (содержится в большом количестве в овощах, злаках, фруктах), имеет огромное влияние на пищеварительный процесс, снижает вероятность возникновения рака толстого кишечника;



**Елена Сергеевна
РЯКИШЕВА,**

фельдшер второй
квалификационной
категории КГБУЗ

«Городская поликлиника
№3, г.Барнаул», член
ПАСМР с 2016 года



Злоупотребление алкоголем ведет к метаболическим нарушениям в организме, снижает общую резистентность (устойчивость), что в значительной мере повышает риск онкологии.

- отсутствие физической активности ведет к ожирению. Занятия спортом не только способствуют снижению веса, но и повышают общий тонус организма и тонус иммунной системы. Иммунная система борется с раковой трансформацией клеток, поэтому ее состояние важно в плане профилактики онкологии. *Взрослые* должны заниматься физической активностью средней интенсивности 150-300 минут в неделю или 75-150 минут физической активностью высокой интенсивности. *Дети и подростки* должны ежедневно заниматься физической активностью средней или высокой интенсивности не менее одного часа. Ограничьте малоподвижное поведение, такое как сидение, лежание, просмотр телевизора и другие виды экранных развлечений.

Вредные привычки

Образ жизни и вредные привычки - еще один метод профилактики рака.

Табакотурение является самым явным предотвратимым фактором риска рака лёгких, а также рака гортани, губ и языка. У хронических курильщиков в разы повышается риск возникновения рака другой локализации: желудка, матки, поджелудочной железы. Риск повышает не только активное курение, но и пассивное - в выдыхаемом курильщиками дыме содержится канцерогенов лишь незначительно меньше.

Отказаться от курения - вот решение многих проблем не только онкологического толка, но и сердечных и сосудистых.

Самообследование молочных желез

Согласно статистике, в 90% случаев какие-либо изменения в молочной железе обнаруживают сами женщины. Поэтому каждая женщина должна уметь выполнять методику самообследования груди - простой способ вовремя обнаружить проблемы с молочной железой.

Самообследование молочных желез стоит выполнять в один и тот же день цикла, ведь на его протяжении могут происходить естественные перемены в размерах груди, обусловленные особенностями менструального цикла. Оптимально выполнять процедуру *на пятый или шестой день после начала месячных*, когда железы находятся в наиболее расслабленном состоянии.

Важное правило для тех, у кого наступила менопауза: проводить самообследование груди нужно в один и тот же день месяца.

Выполнять самоосмотр стоит в хорошо освещенном помещении, а перед процедурой нужно максимально расслабиться. Относитесь к манипуляции, как к обыденному «ритуалу» по типу умывания или чистки зубов.

И помните, что большинство выявленных новообразований в груди - доброкачественные.

Как правильно проводить самообследование груди:

1. Раздеваемся и встаем напротив зеркала. Опускаем и расслабляем руки.

2. Тщательно изучаем каждую молочную железу: проверяем, нет ли перемены в плане размеров, формы и контуров. Если одна грудь чуть меньше второй - это норма.

3. Проверяем симметричность молочных желез относительно друг друга: они должны располагаться на одной линии и равномерно перемещаться, когда вы поднимаете руки над головой, поворачиваетесь влево-вправо. Не должно быть никаких смещений и фиксаций.

4. Поднимаем руки над головой, держим их и поочередно изучаем железы, отмечая любые впадины, бугорки, покраснения и прочие изменения тканей.



5. Также нужно понять, отсутствуют ли выделения из сосков.

6. Отметьте эластичность кожи и проверьте, нет ли покраснений по всей площади груди или на ее определенных участках, определите наличие или отсутствие высыпаний, опрелостей и «лимонной корочки». Отмечайте все выявленные нагрубания, уплотнения, сморщенности, бугры, ямки, втянутые участки и т.п.

Во время процедуры не стоит брать железы в складку двумя пальцами, так как из-за дольчатого строения органа может показаться, что вы обнаружили новообразование.

Самопальпация стоя

Проводить самообследование груди стоя лучше в ванной, во время мытья. Намыленные руки смогут лучше прощупать каждую железу и определить ее изменения. Если осмотр выполняется в комнате, то используйте жирный крем для рук.

Помните про такие нюансы:

- ◆ левая рука ощупывает правую железу, правая рука - левую;
- ◆ прощупывание выполняется подушечками пальцев, а не их кончиками;
- ◆ нужно задействовать три или четыре пальца, сомкнув их вместе;
- ◆ движения при самопальпации должны быть слегка пружинящие, проникающие вглубь, круговые;
- ◆ большой палец никогда не задействуется;
- ◆ если у вас грудь большого размера, незадействованная рука может поддерживать ее для удобства.

Чтобы правильно провести самообследование груди стоя, сперва нужно выполнить *ознакомительное поверхностное ощупывание*: подушечки пальцев не должны проникать вглубь толщи груди. Такой подход помогает обнаружить новообразования небольшого размера, которые локализованы ближе к поверхности кожи. Второй этап - более глубокое, сильное прощупывание железы.

Самопальпация всегда должна проводиться в строгой последовательности - от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышки. Подмышечную впадину также стоит пропальпировать, так как там проходят лимфатические узлы, которые могут быть увеличены при различных воспалительных процессах в организме.

Самообследование молочных желез

(Проводится на 6-12 день от начала менструации)



1 Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи сосков с опущенными руками



2 Поднимите руки за голову и осмотрите грудь. Обратите внимание на изменения формы или размеров одной из молочных желез и цвет кожи.



3 Запрокиньте правую руку за голову. Медленно, круговыми движениями прощупайте правую грудь, обращая внимание на возможные припухлости и утолщения. Повторите то же с левой грудью.



4 Сдавите сосок у его основания большим и указательным пальцами и посмотрите, есть ли какие-либо выделения



5 Обследуйте грудь в положении лежа. Прощупывайте круговыми движениями с легким надавливанием, начиная с краев молочной железы в направлении соска.



6 Проощупайте круговыми движениями левую и правую подмышечные впадины.

Самопальпация лежа

Это самое ответственное самообследование груди - лишь оно позволяет максимально хорошо изучить все ткани железы.

Лежать нужно на боку, на ровной и твердой поверхности, протянув руку вдоль туловища, а под исследуемую железу подложить валик или свернутое в валик полотенце.

Проводить самообследование груди лежа можно двумя способами:

● «квадратный»: площадь передней части грудины (от ключицы до края ребер) мысленно разделяется на квадраты. Пальпация проводится последовательно, тщательно изучается каждый квадрат. Выполнять сверху вниз, будто по ступенькам;

● «спиральный»: прощупывания выполняются концентрически, в виде окружностей, которые сходятся между собой. Начинать процедуру нужно от подмышечной впадины, а заканчивать около соска. Пальцы должны двигаться по направлению к соску круговыми движениями.

Стресс

Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы, отмечается также высокая корреляция

Нужно уменьшить избыточное солнечное воздействие. Особенно осторожным с солнцем нужно быть детям, подросткам, рыжеволосым, блондинкам и жителям северных широт, имеющим наиболее чувствительную кожу. Защищать от солнечных лучей необходимо и пигментные пятна, которые в результате интенсивного загара могут перерождаться в опухоли.



Советы медицинской сестры

◀ между депрессией (за исключением психических больных) и опухолевым процессом. Известно, что оптимизм укрепляет иммунитет, а счастье продлевает жизнь.

Инфекционные заболевания

Абсолютно точно доказана связь развития некоторых видов рака с вирусными и бактериальными заболеваниями:

- *вирусы гепатита В и С* в несколько раз повышают опасность возникновения рака печени;

- наличие в желудке бактерии *Helicobacter pylori* способствует возникновению не только гастрита и язвы, но и рака желудка;

- некоторые *штаммы вируса папилломы (ВПЧ)* приводят к развитию рака шейки матки.

Меры профилактики этих видов рака заключаются в **вакцинации** от соответствующих вирусов и бактерий и в **отказе от незащищенного секса** (основной путь передачи этих инфекций - половой) с новыми непроверенными партнерами. Вакцинация от гепатита В уже включена в Национальный календарь прививок, а вакциной против ВПЧ можно привиться по собственному желанию. Избавиться от *Helicobacter pylori* можно, пройдя курс эрадикационной терапии.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИИ

Благодаря регулярным профилактическим осмотрам и диспансеризации раковые процессы возможно выявить на ранних стадиях - до того, как пациента начинают беспокоить симптомы болезни.

В профилактические мероприятия входят различные **виды медицинского обследования**, направленные на выявление предраковых заболеваний, а также предвестников онкологии: *флюорография* - рентгеновское обследование легких, направленное на выявление рака легких и средостения; *маммография* - рентгеновское обследование молочных желез, позволяющее заподозрить рак молочной железы; *цитологическое исследование мазка* с шейки матки и из цервикального канала - профилактика

рака шейки матки; *эндоскопические исследования; бронхоскопия* - позволяет исключить рак бронхов и легких; *MPT и КТ*, в том числе с контрастом; *исследование крови на онкомаркеры* - особые химические вещества, концентрация которых повышается при возникновении онкологии. Для большинства видов рака существуют свои онкомаркеры.

Меры вторичной профилактики рака реализованы на уровне государственных программ: так, все люди старше определенного возраста должны проходить флюорографию, женщины старше 35 лет - маммографию. При подозрении на рак следует получить консультацию врача-онколога, который назначит уточняющие исследования.

Самостоятельно можно предупредить болезнь, если вы будете владеть информацией об онкологических заболеваниях, систематически проводить самодиагностику, вовремя проходить осмотры у врача и следовать его рекомендациям, немедленно обращаться за консультацией к специалисту в случае возникновения подозрительных симптомов.

Выделяют **основные симптомы онкологических заболеваний**, появление которых должно насторожить. Это - боли в груди; беспричинная потеря аппетита; постоянная усталость; увеличение лимфоузлов; повышенная температура, не связанная с простудой или ОРВИ; не проходящая одышка или кашель; резкое снижение веса без причины.

В группу риска с особенно тщательным наблюдением относятся:

- работники, контактирующие с вредными токсичными веществами;
- женщины в репродуктивном возрасте;

- мужчины после 40 лет;

- лица, близкие родственники которых болели онкологией;

- лица, которые в прошлом прошли лечение от онкологических заболеваний;

- пациенты, имеющие хронические болезни и факторы риска, которые активизируют процесс развития раковых опухолей.

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИИ

Профилактические меры из этой группы направлены на выявление рецидивов опухолей у пациентов, уже получивших лечение по поводу рака, а также на раннюю диагностику метастазирования. Занимается этими мероприятиями в большинстве случаев врач-онколог, консультацию которого можно получить в любой районной поликлинике или в специализированном онкологическом диспансере.

Третичная профилактика включает:

- ▶ регулярное посещение онколога и прохождение необходимых исследований.

- ▶ ведение здорового образа жизни и соблюдение правильного питания.

- ▶ соблюдение рекомендаций, которые даёт лечащий врач.

- ▶ внимательное отношение к здоровью и предупреждение инфекционных болезней.

- ▶ исключение контакта с канцерогенными и мутагенными веществами.

Как бы банально это не звучало, но **именно образ жизни**: здоровое питание, отказ от вредных привычек, физические упражнения, контроль веса, прохождение профилактических осмотров - **поможет вам уменьшить риск заболеть раком!** При обнаружении минимальных изменений состояния своего здоровья и самочувствия не стоит заниматься самолечением или ждать, что «пройдет само». **Нужно безотлагательно обратиться к врачу!** ☺



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



О пользе грудного вскармливания

По инициативе ВОЗ ежегодно с 1 по 7 августа проводится Всемирная неделя поддержки грудного вскармливания, направленная на поощрение, пропаганду и поддержку кормления грудью в интересах укрепления здоровья грудных детей во всем мире.

О важности грудного вскармливания для роста и развития ребенка, пользе для здоровья ребенка и матери - наш разговор с **Денисом Сергеевичем ФУГОЛЕМ**, кандидатом медицинских наук, детским врачом-гастроэнтерологом высшей квалификационной категории, доцентом кафедры пропедевтики детских болезней ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, федеральным экспертом - педиатром Центра Росздравнадзора, членом экспертного совета Союза педиатров России по вопросам лечения пищевой аллергии у детей.

Плюсы грудного вскармливания для ребенка

- Денис Сергеевич, в чем уникальность грудного вскармливания, чем грудное молоко полезно для малыша?

- Грудное вскармливание - это единственный способ питания для младенца, который соответствует абсолютно всем его потребностям. Состав грудного молока в период лактации немного меняется, особенно в первые недели после родов, - содержание в нем различных микроэлементов, жиров, белков и углеводов нестабильно.

Сразу после родов у женщины вырабатывается **молозиво**, особенно богатое белком, иммуноглобулинами и каротиноидами (они мо-

гут придавать молозиву желтоватый оттенок), которые выполняют роль мембраностабилизаторов. Для новорожденного с его маленьким желудком небольшое количество высококалорийного и безопасного молозива подходит оптимально.

Потом в грудном молоке увеличивается количество углеводов и уменьшается количество белка. Но его всё равно достаточно для нормального развития организма младенца. В составе молока преобладают **сывороточные белки**, которые могут усваиваться без переваривания. Для малыша это очень хорошо, потому что с молоком матери он получает все необходимые аминокислоты, в том числе незаменимые, которых нет в козьем или коровьем молоке.

Белковый состав грудного молока характеризуется наличием большого количества иммуноглобулинов, то есть антител. Ребенок в течение первых шести месяцев жизни, получая лишь грудное молоко, практически не болеет теми инфекциями, от которых была вакцинирована или которыми переболела его мать.

В грудном молоке достаточно большое количество ферментов и гормонов, которые позволяют ребенку активно развиваться. Ферменты грудного молока переваривают его компоненты, что делает его легкоусвояемым.

Важен и **жировой компонент грудного молока**. Это молочные



жиры - триглицериды. Жирные кислоты в молекуле жира, как правило, полиненасыщенные, они важны для построения биологических мембран всех клеток, миелина (оболочек нервов), белого вещества мозга. Жировой компонент особенно важен для развития головного мозга и нервной системы, всех органов чувств. **Полиненасыщенные жирные кислоты** грудного молока - докозагексаеновая, эйкозапентаеновая, арахидоновая - не синтезируются в организме ребенка и должны поступать с продуктами питания. Они влияют не только на развитие нервной системы ребенка и правильное формирование всех внутренних органов, но и иммунитета. Это естественные компоненты для производства сигнальных молекул и взаимодействия иммунных клеток между собой. Содержащиеся в молоке эйкозаноиды обеспечивают взаимодействие лимфоцитов между собой, что способствует формированию естественного иммунитета.



В жировом компоненте грудного молока *много холестерина*, обладающего защитными свойствами: внутреннего холестерина в организме ребенка образуется меньше, что служит хорошей профилактикой развития во взрослом возрасте атеросклероза, ишемической болезни сердца и головного мозга. У детей, не получающих грудного молока, риск развития этих болезней впоследствии выше. Холестерин грудного молока также используется для воспроизводства стероидных гормонов: надпочечников, половых гормонов, обеспечивающих адекватный рост ребенка. Также поступление холестерина необходимо для образования витамина D, который имеет очень важное значение для роста и развития ребенка. Если же холестерин будет поступать недостаточно, то рост и развитие младенца могут нарушиться.

Недоношенные дети или перенесшие оперативное вмешательство тоже должны получать грудное молоко, потому что ни одна молочная формула не заменит грудного молока и не даст тех эффектов, как грудное молоко.

...и для матери

- А грудное вскармливание для матери чем полезно?

- Для здоровья матери грудное вскармливание тоже крайне важно и полезно. Сам процесс сосания груди ребенком способствует выработке ряда гормонов, которые положительно влияют на ее организм.

В первую очередь, это **окситоцин** - его также называют гормоном эмоций, гормоном привязанности. Под воздействием окситоцина происходит сокращение матки. Поэтому у женщин, которые сразу начали кормить младенца грудью, матка скорее приходит в норму, и гораздо меньше риск развития послеродовых маточных кровотечений.

Окситоцин также способствует формированию психологической привязанности между матерью и ребенком, и, как следствие, адекватному развитию ребенка, потому что любовь матери и телесный контакт с ней необходимы и для интеллектуального развития ребенка, и для формирования более устойчивой нервной системы, и для развития эмоций.



В процессе кормления грудью у женщины **вырабатывается ряд гормонов пролактинового комплекса**, благодаря которым значительно снижается возможность забеременеть в этот период.

Снижается уровень эстрогенов и андрогенов, что приводит к более быстрому возвращению к привычной массе тела после родов и лучшей оссификации костей (процесс формирования костной ткани).

Доказано, что остеопороз в постменопаузе чаще развивается у женщин, которые не кормили ребенка грудью.

Также уменьшается воздействие эстрогенов на железистые ткани, на эпителий матки, поэтому женщины, которые кормят грудью более продолжительный период времени, в меньшей степени предрасположены к гормонально зависимому раку молочной железы, раку матки и яичников.

Кроме того, **кормление грудным молоком - это естественно, экологично и экономично**. Такая еда «всегда с собой», и можно покормить ребенка в любой момент, когда он голоден. А для ребенка это одновременно и еда, и питье. Не нужны соски, бутылочки, моющие средства для них, не нужно тратить время и силы на их мытье и обеззараживание. Уменьшается спрос на молочные смеси, а значит, уменьшается и их производство. Можно сказать, что это вклад грудного вскармливания в сохранение экологической обстановки.

Белковый состав грудного молока содержит большое количество иммуноглобулинов (антител). Ребенок в первые шесть месяцев жизни, получая лишь грудное молоко, практически не болеет теми инфекциями, от которых была вакцинирована или которыми переболела его мать.





Отказ от употребления мяса, рыбы, животных продуктов опасен для здоровья и матери, и ребенка: ее организм недополучает часть питательных веществ и микроэлементов, а съедаемой растительной пищи недостаточно, чтобы восполнить их недостаток. Ребенок же недополучает холестерин, жирорастворимые витамины, животные белки, железо и цинк, что может отрицательно сказаться на его развитии.

Питание матери в период грудного вскармливания

- Что должна учитывать в своем питании кормящая мать?

- Грудное молоко отражает пищевой рацион кормящей матери: вкусовые детерминанты продуктов, которые она употребляет, попадают в молоко, и ребенок ощущает практически те же вкусы, что и мать. У малыша формируется пищевое поведение, и впоследствии его организм будет лучше воспринимать и усваивать продукты, которые ест мать. Поэтому **для кормящих женщин крайне важно полноценное и разнообразное питание** и на время грудного вскармливания исключить из рациона ничего не нужно.

Аллергеном может выступить любой продукт. Поэтому исключать из рациона матери нужно лишь те продукты, на которые у младенца была уже замечена нежелательная реакция, аллергические симптомы. Можно исключить те продукты, которые могут сделать вкус молока неприятным для ребенка: свежий лук, свежий чеснок, редька, редис, хрен (но эти же продукты, прошедшие термическую обработку, на вкус молока не повлияют).

Разнообразное питание матери важно еще и потому, что **антигены продуктов формируют пищевую толерантность ребенка:** попадая в организм в микроскопических дозах, пищевые антигены формируют привыкание и работают как своеобразная «прививка»

от аллергии через грудное молоко. Любая диета матери повышает риск аллергических реакций у ребенка, когда он начнет получать прикорм. **Исключать из питания тот или иной продукт нужно только тогда, когда доказано его негативное влияние на организм ребенка.**

Отказ от употребления мяса, рыбы, животных продуктов опасен для здоровья и матери, и ребенка: ее организм недополучает часть питательных веществ и микроэлементов, которые она и так отдает малышу с молоком, а съедаемой растительной пищи недостаточно, чтобы восполнить их недостаток. Ребенок же недополучает холестерин, жирорастворимые витамины, животные белки, железо и цинк, что может отрицательно сказаться на его развитии. К тому же это снижает пищевую толерантность и повышает в будущем риск развития у него аллергии на животные продукты.

Самое опасное - полностью отказаться от грудного молока и заменить его растительным (рисовым, соевым, овсяным и т.д.). Последствия такой замены просто катастрофичны для младенческого организма. Знаменитый педиатр Игорь Воронцов, автор многих трудов по питанию детей, прямо называл отказ от грудного молока в пользу полностью растительной пищи биологической катастрофой.

А когда нельзя

- Денис Сергеевич, но существуют и противопоказания для грудного вскармливания - как со стороны матери, так и со стороны ребенка...

- Зачастую ребенка отлучают от груди неоправданно - на самом деле противопоказаний для грудного вскармливания очень мало. **Со стороны ребенка их всего три - это наследственные нарушения обмена веществ, которые требуют специализированного питания:** фенилкетонурия, галактоземия и лейциноз. Хотя последние исследования на эту тему показывают, что при фенилкетонурии ребенок может употреблять грудное молоко в небольших количествах.

Со стороны матери таких противопоказаний больше: ВИЧ-инфекция, открытые формы туберкулеза, сифи-



лис с заражением в III триместре беременности, прием высокотоксичных лекарственных препаратов, которых не так и много: это *цитостатики*, которые применяются для лечения опухолей и аутоиммунных заболеваний, *непрямые антикоагулянты*, *препараты радиоактивного йода* для лечения рака щитовидной железы, *антиэстрогеновые препараты для лечения гормонально-зависимых опухолей* и *некоторые антибиотики* (например, фторхинолоны, тетрациклин). Но прием таких лекарств имеет временный характер, поэтому продолжить кормить грудью можно после прекращения приема препарата.

Временно прекращается кормление грудью, если у матери есть гепатит А или особо опасные инфекции (чума, холера, брюшной тиф, сибирская язва). Но в случае таких тяжелых заболеваний, скорее всего, не будет и лактации, организм женщины просто не сможет вырабатывать молоко.

Если мать уже переболела туберкулезом и у нее нет бацилловыделения, то кормить ребенка грудью она может.

Если заражение сифилисом произошло раньше III триместра, то кормить ребенка грудным молоком опять же можно, потому что младенец уже заражен сифилисом, в этом случае лечить нужно обоих - и ребенка, и мать, поэтому нет смысла отлучать его от груди.

Широко применяемые антибиотики вполне безопасны для грудного вскармливания при наблюдении за состоянием здоровья ребенка. Большинство противосудорожных препаратов, средств для лечения артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, ферменты не должны быть препятствием для кормления грудью.

Никакие хронические заболевания матери, кишечные инфекции, ОРЗ, ОРВИ, ветряная оспа, корь и краснуха, даже гепатит В и гепатит С не являются противопоказанием для грудного вскармливания.

Стресс - тоже не причина прекращения кормления грудью. Негативный опыт человечества: войн, стихийных бедствий, различных чрезвычайных ситуаций - показывает, что если грудное молоко вырабатывается, то кормить им ребенка можно и нужно.



Оптимальный период

- Сколько нужно кормить ребенка грудью?

- Ребенок должен получать грудное молоко до полутора-двух лет. Если к рациону малыша добавляются все виды прикорма соответственно возрасту, то он сам со временем откажется от грудного молока.

К полутора-двум годам грудное молоко уже не имеет такой главенствующей роли и является в большей степени жидкостью для питья, а также средством психологического успокоения и привязанности ребенка: он прикладывается к материнской груди перед сном или в качестве реакции на стресс. Особой пищевой ценности к этому времени грудное молоко уже не несет.

Поэтому к полутора-двум годам уже нужно ребенка отучать от груди. Делать это следует постепенно, заменяя прикладывание к груди тактильным контактом: объятиями, ласковыми прикосновениями. Это станет хорошей заменой грудного вскармливания в плане психологического комфорта малыша.

Кормите вашего ребенка грудным молоком, ведь это самый лучший и естественный продукт для младенца, придуманный природой! ☺

*Анна ЗЕМЦОВА,
управление по связям
с общественностью АГМУ*

Самое опасное - полностью отказаться от грудного молока и заменить его растительным (рисовым, соевым, овсяным и т.д.). Последствия такой замены просто катастрофичны для младенческого организма.



Первая домедицинская помощь. Само- и взаимопомощь

Существует множество неотложных состояний, которые требуют незамедлительной помощи, когда ее не оказание может привести к смерти или тяжелым последствиям для здоровья.

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

Жизнь человека - это высшая ценность. И попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи.

Отметим, что уголовное и административное законодательство не признает правонарушением причинение вреда в состоянии крайней необходимости. (ст.39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса Российской Федерации; ст.2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). *В настоящее время в РФ отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.*

На законодательном уровне также закреплен **перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи.**

К ним относятся:

- ◆ отсутствие сознания,
- ◆ остановка дыхания и кровообращения,
- ◆ наружные кровотечения,
- ◆ инородные тела верхних дыхательных путей,
- ◆ травмы различных областей тела,
- ◆ ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения,

- ◆ отморожение и другие эффекты воздействия низких температур,
- ◆ отравления.

При оказании первой домедицинской помощи при наличии возможности нужно вызвать скорую медицинскую помощь или же другие специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом.

При необходимости в оказании помощи включается извлечение пострадавшего из-под завала, из транспортного средства или других труднодоступных мест, а также перемещение пострадавшего в безопасное место.

На первое место в оказании первой помощи всегда ставят мероприятия:

- ◆ по временной остановке кровотечения;
- ◆ восстановление функции дыхания и работы сердца;
- ◆ проведение иммобилизации с помощью подручных средств;
- ◆ наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- ◆ прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой).



Андрей Александрович КОЛОМИЕЦ,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-травматолог-ортопед высшей квалификационной категории;



Любовь Владимировна ТИНЯКОВА,

учебный мастер симуляционного центра ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России



Занятие 1.

Оказание первой помощи при отсутствии сознания (с сохраненным дыханием)

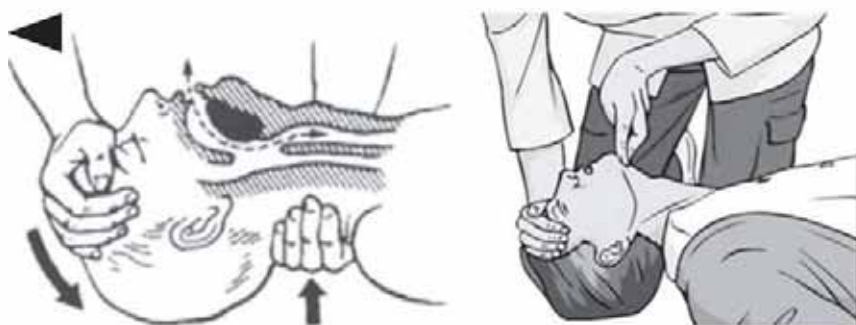


Рис. 2. Запрокидывание головы с подъемом подбородка и выдвиганием нижней челюсти



Рис. 3. Боковое стабильное положение



Рис. 4. Определение признаков дыхания

Обморок - внезапная кратковременная потеря сознания с сохраненным дыханием.

Помните о том, что у примерно 40% пострадавших людей в первые минуты после остановки кровообращения может развиваться **агональное дыхание** (например, «рыбье дыхание» - это редкие, короткие, глубокие, судорожные дыхательные движения).

Агональное дыхание расценивается как отсутствие дыхания!

Перед оказанием помощи постарайтесь узнать:

- ◆ есть ли у пострадавшего какие-либо заболевания,
- ◆ какие лекарственные препараты он принимает (возможно, критическое состояние связано с пропуском приема препарата).

Как можно обеспечить проходимость дыхательных путей:

- 1) поворот головы набок;
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка и выдвиганием нижней челюсти (рис. 2).

Таким образом воздух будет поступать через дыхательные пути к лёгким, а не через пищевод в желудок.

Пострадавшего рекомендуется уложить в устойчивое боковое положение вне зависимости от причины потери им сознания (рис. 3).



Оказание первой помощи при отсутствии сознания и дыхания (сердечно-лёгочная реанимация)

Остановка кровообращения - это критическое состояние, при котором отсутствует эффективное кровообращение.

Сердечно-лёгочная реанимация (СЛР) - система мероприятий, которые направлены на восстановление эффективного кровообращения при клинической смерти с помощью специальных реанимационных мероприятий.

Рекомендуется придерживаться определенного алгоритма базовых реанимационных мероприятий:

- откройте грудную клетку пострадавшего. Убедитесь в отсутствии рвотных масс, сгустков крови, инородных предметов в ротовой полости;

- обеспечьте проходимость дыхательных путей с помощью запрокидывания головы (рис.2);

- проведите оценку дыхания: посмотрите на экскурсию грудной клетки (ее движения во время вдоха и выдоха), почувствуйте и послушайте дыхание. Считайте вслух до 10 (рис.4).

При отсутствии сознания, дыхания и пульса необходимо приступить к непрямому массажу сердца (рис.5)!

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

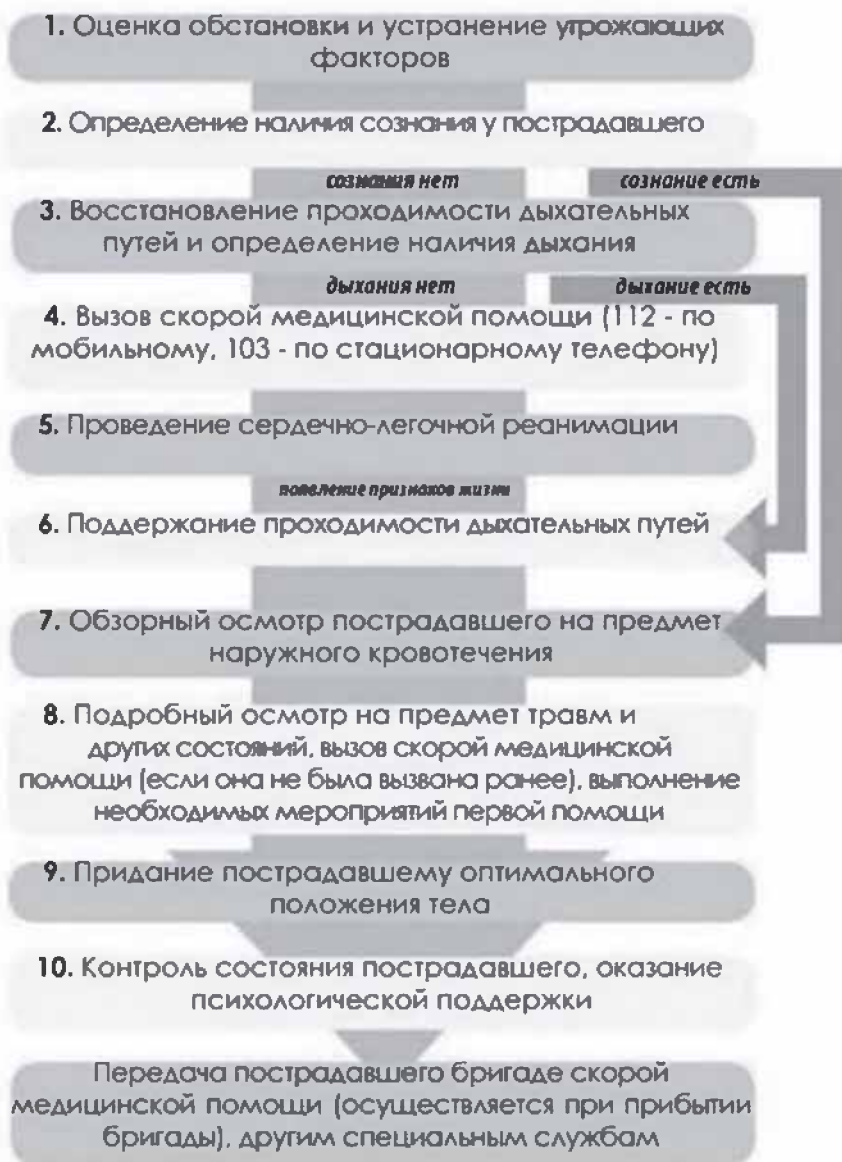


Рис. 1. Схема универсального алгоритма оказания первой помощи

Если у вас нет медицинского образования и спецподготовки, выполняйте только непрерывные, эффективные компрессии грудной клетки с описанными ниже параметрами (помните, что сдавление грудной клетки вызывает сдавление не только сердца, но и лёгких!).



Рис. 5. Непрямой массаж сердца



Освоив технику **СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**, вы можете при необходимости эффективно применять ее на практике.

► Расположите корпус своего тела **вертикально** над грудной клеткой пострадавшего под прямым углом.

► **Определите середину грудины** у пострадавшего для совершения компрессий.

► Расположите основание одной своей ладони поверх первой другой, **сомкните пальцы рук в замок**.

► Середину основания своей ладони поместите **на середину грудины**. Держите руки **перпендикулярно** плоскости грудины пострадавшего.

► **Выгните** свои руки в локтевых суставах.

► **Выполните 30 компрессий** (считать вслух!) **с частотой 100-120 раз в минуту** (1,5-2 раза в секунду). Допускается ориентироваться на темп любого русского марша.

► **Продавливайте грудную клетку на 5-6 сантиметров**.

► **Давайте полностью расслабляться** грудной клетке, но не отрывайте руки от нее.

► Компрессии осуществляйте всем своим корпусом, **не «отжимаясь»**.

Компрессии грудной клетки необходимо

сочетать

с искусственными

вдохами

(рис.6)

◆ После 30 компрессий **откройте дыхательные пути** (рис.2) пострадавшего, зажмите крылья его носа большим и указательным пальцами своей руки, расположенной на лбу.

◆ Для безопасности проведения процедуры **используйте любые доступные средства защиты** (лицевая маска, марлевая салфетка, устройство для искусственного дыхания, носовой платок и т.д.).



Рис. 6. Искусственная вентиляция легких

◆ **Сделайте нормальный вдох** и плотно охватите своими губами рот пострадавшего.

◆ **Произведите равномерный вдох в течение одной секунды**, наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, что соответствует дыхательному объему около 500-600мл (признак эффективного вдоха).

◆ **Избегайте форсированных вдохов**.

◆ Поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнимите свою голову и **наблюдайте за тем, как грудная клетка пострадавшего опускается на выдохе**.

В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «рот-ко-рту» производится **искусственное дыхание методом «рот-к-носу»**. Техника выполнения отличается тем, что *участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего*.

Нужно продолжать сердечно-лёгочную реанимацию **в соотношении «30 компрессий : 2 вентиляции»** до передачи пострадавшего человека работникам спецслужб, которые имеют право констатировать наступление смерти. ☹

Г дї аї ёааї еа псааоао



ВИЧ у пожилых людей

О вирусе иммунодефицита человека принято говорить как о болезни молодых. Однако думать о связи вероятности заражения ВИЧ и возрасте - абсолютно неверно.

Почему старшее поколение заражается ВИЧ

Сейчас наступает время, когда люди, узнавшие о своем положительном ВИЧ-статусе в 1990-х и начале 2000-х годов, входят в возраст старше 50 лет. Это уникальное поколение, представители которого своим ярким примером доказывают всем, что с ВИЧ можно прожить долгую и полноценную жизнь, если относиться к своему здоровью с максимальной заботой и вниманием. Именно благодаря этому поколению общество начинает понимать, что **ВИЧ-инфекция - это хроническое, контролируемое заболевание, при котором можно дожить до старости.**

Еще одна группа взрослых ВИЧ-положительных граждан - это те, кто узнали о своем диагнозе уже в зрелом возрасте. Зачастую это случаи полового пути заражения ВИЧ. **Люди старшего поколения в целом менее информированы о ВИЧ-инфекции.** Дело в том, что они родились тогда, когда этой инфекции в России просто не было. Из-за этого сложилось ощущение, что ВИЧ их никогда не коснется, а все новости относительно этого заболевания из-за современного инфошума, возможно, могут стать для них незаметными. Поэтому пожилые люди в целом могут не учитывать риски заражения ВИЧ, и редко проходят обследование на наличие инфекции в организме.



Помните о ВИЧ в любом возрасте

Однако сексуальная активность в возрасте за 50 лет всё еще может быть высокой, но снижается бдительность, а значит, - риск заражения велик. **Сегодня более 80% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в Алтайском крае приходится именно на половой путь передачи.** Также важную роль играет тот факт, что люди старшего поколения не склонны откровенно обсуждать вопросы своей половой жизни и возможного употребления инъекционных наркотиков со своим лечащим врачом. Это мешает специалистам своевременно принять меры и направить пациента зрелого возраста на прохождение обследования на ВИЧ.

ТОЛЬКО ЦИФРЫ

В общей структуре ВИЧ-инфицированных, выявленных в Алтайском крае за все годы регистрации ВИЧ-инфекции, наибольший удельный вес приходится на возрастные группы 30 лет и старше (64,4%) и 20-29 лет (31,3%).

Возрастные группы от 0 до 14 лет и от 15 до 17 лет составляют 1,0% и 1,2% соответственно.



Актуальные исследования говорят о том, что **антиретровирусная терапия, которую принимают ВИЧ-положительные пациенты, одинаково хорошо работает как с молодым организмом, так и с организмом пожилого человека.**

Но всё же иммунная система пожилых людей ослаблена больше, а значит, у организма высока восприимчивость к вирусу. Кроме того, зачастую



ВАЖНО!

Чем раньше ВИЧ-положительный человек начнет лечение, тем выше шанс сохранения его здоровья и качества жизни.

у людей зрелого возраста встречаются хронические заболевания, которые также наносят удар по иммунитету.

Сейчас, благодаря современным препаратам, ВИЧ-положительный человек может прожить до глубокой старости, сохранив при этом качество своей жизни. **Важно всегда помнить о своем здоровье, и не стесняться откровенно говорить своему лечащему врачу о возможных рисках инфицирования.** Ведь так у специалиста появится возможность оказать вам своевременную помощь и поддержку.

Для того чтобы не заразиться ВИЧ-инфекцией, необходимо:

- ◆ избегать незащищенных половых контактов с партнерами, чей ВИЧ-статус неизвестен;

- ◆ использовать стерильный инструментарий для инъекций.

Напомним и о том, как НЕ передается ВИЧ.

ВИЧ НЕ передается воздушно-капельным или бытовым путем, поэтому общение и бытовой контакт с ВИЧ-положительным не представляют опасности передачи вируса.

Также ВИЧ-инфекция НЕ передается:

- ◆ через общую посуду для еды, при пользовании общим туалетом, душем и ванной, постельным бельем;

- ◆ при рукопожатиях и объятиях;

- ◆ через поцелуи;

- ◆ через пот или слезы;

- ◆ при кашле и чихании. ☺

Почему женщины живут дольше мужчин

Женский организм обладает рядом биологических преимуществ, которые позволяют им жить дольше мужчин.

ЗАБОТА О СЕБЕ

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко заявил, что ожидаемая продолжительность жизни в стране у женщин выше, чем у мужчин, приблизительно на шесть лет, при этом показатели смертности в возрастной группе от 30 до 45 лет могут отличаться в два раза.

У женщин есть ряд преимуществ, позволяющих им жить дольше. Один из них - **генетика**: у женщин есть две X-хромосомы, которые обеспечивают резервную систему для определенных генетических нарушений. Кроме того, **гормон эстроген** помогает защититься от сердечных заболеваний, остеопороза и снижения когнитивных функций. К тому же **женщины часто ведут более здоровый образ жизни и охотнее обращаются за медицинской помощью.**

Поэтому **мужчинам нужно уделять внимание собственному здоровью, отказаться от курения и алкоголя.** Продлить жизнь помогают и **различные витамины.** Например, омега-3 связан со снижением риска сердечных заболеваний и снижением когнитивных функций. Витамин D необходим для здоровья костей и может оказывать защитное действие против хронических заболеваний.

СКОЛЬКО ХОТЯТ ЖИТЬ РОССИЯНЕ

«Ингосстрах» и Финансовый университет при Правительстве РФ провели совместное исследование, чтобы узнать, какую продолжительность жизни жители России считают оптимальной и как они относятся к ЗОЖ.

В среднем россияне хотели бы прожить **до 89 лет**, а более четверти населения хотели бы жить более 100 лет. Самые высокие пожелания по продолжительности жизни в 94-95 лет характерны для жителей Тольятти, Пензы, Уфы, Краснодара и Владивостока. Больше среднего хотели бы прожить люди из возрастной группы 51-60 лет, женщины и россияне с уровнем дохода выше среднего.



При этом **здорового образа жизни придерживается всего около трети населения (35%).** Больше всего сторонников рационального подхода к своему здоровью в Челябинске (55,9%), Тольятти (47,6%), Ижевске (46,2%), Волгограде (45,4%) и Оренбурге (45,1%). Больше всего здоровый образ жизни распространен среди студентов, женщин и среди обеспеченных россиян.

По мнению респондентов, **определяющими факторами долголетия является отказ от вредных привычек, а также регулярная диспансеризация и посещение врачей.** На третьем месте - **занятия спортом и активный образ жизни.**

Одновременно с этим **более половины россиян (51,5%) не питаются фастфудом и следуют принципам здорового питания.** Среди сторонников фастфуда прежде всего молодежь, студенты и лица с невысоким уровнем дохода.

14,7% россиян регулярно занимаются физкультурой и спортом. Чаще других это делают молодые люди, студенты, а также наиболее состоятельные россияне. Более всего физкультура и спорт популярны среди жителей Оренбурга, Томска, Новокузнецка, Барнаула и Нижнего Новгорода.

Также всё больше становится россиян, обладающих полисом добровольного медицинского страхования (ДМС). Осознанно заботятся о его приобретении россияне в возрасте от 30 до 50 лет. ☺



Перед тем как сделать важный шаг



Светлана Александровна МАУРЕР,

заведующий отделом развития замещающего семейного устройства КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»

Как сделать осознанный выбор кандидатуры ребенка, оставшегося без попечения родителей, на этапе изучения информации о нем? Что нужно знать о ребенке, которого вы намерены принять на воспитание в семью? У кого из близких к ребенку людей получить информацию? И как лучше задать вопросы?

Принятие ребенка в семью - дело волнительное. Состояние, близкое к стрессу, знакомо многим, кто отправляется на поиски своего ребенка. Страшно ошибиться, страшно найти «не того», страшно, что выбранный по фотографии ребенок окажется просто чужим и «не тем»...

Заочное знакомство со сведениями о детях, ожидающих передачу в семью, первое знакомство с ребенком в центре помощи или доме ребенка, посещения ребенка, контакты с администрацией... **На что нужно обратить особое внимание, что не забыть уточнить, что нужно переспросить?**

С чего начать

Процедуру знакомства с детьми, ожидающих приема в семью, можно представить в виде заочного и очного этапов.

Заочный этап включает в себя изучение сведений о детях, подлежащих передаче в замещающую семью. Такие сведения имеются в распоряжении органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, регионального банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, министерства образования и науки Алтайского края, а также в органах опеки и попечительства (отделы по охране прав детства).

На местном уровне (в комитете образования, отделе по охране прав детства) гражданину, который желает принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, может быть предложена малая составная часть регионального банка данных о детях-сиротах. Поэтому многие кандидаты в замещающие родители предпочитают осуществлять процедуру подбора ребенка, обратившись в региональный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей, по вопросам семейного жизнеустройства детей-сирот Алтайского края.

Гражданин для постановки на учет в качестве кандидата, желающего принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, **предоставляет в отдел опеки и попечительства по месту жительства или в региональный банк данных:**

● **заявление** о своем желании принять ребенка (детей) и с просьбой ознакомить его с находящимися на учете сведениями о детях, соответствующими его пожеланиям;

● заполненную **анкету**;

● **заключение** органа опеки и попечительства, выданное по месту жительства, о возможности гражданина быть усыновителем или опекуном (попечителем) (действительно два года в соответствии с законодательством Российской Федерации).

В заявлении указывается приемлемый возраст ребенка, иные характеристики ребенка (детей), соответствующие пожеланиям заявителей. Надо отметить, что некоторые кандидаты очень жестко формулируют свои пожелания в отношении принимаемого ребенка: например, «мальчик, от рождения до шести месяцев, практически здоровый». Возникает закономерный вопрос: если в региональном банке данных появятся сведения о мальчике, нуждающегося в семье, но при этом находящегося в возрасте шести с половиной или семи-восьми месяцев, - значит, эта кандидатура будет неинтересна семье кандидатов? То есть эта кандидатура мальчика не соответствует письменно отраженным пожеланиям граждан. Также специалисты понимают, что никогда не смогут реализовать заявление данного кандидата, так как за время работы в сфере опеки и попечительства видеть малыша, воспитывающегося в организации для детей-сирот с указанием в графе «состояние здоровья: практически здоров», к сожалению, никому не пришлось.



Чем шире коридор поиска кандидатуры ребенка для устройства его в семью, тем быстрее вы реализуете свои мечты стать родителями. Устанавливая жесткие рамки, завышая требования в отношении ребенка, будущие родители демонстрируют не что иное, как свою неготовность к принятию ребенка в семью как особому родительству, и, по сути, нежелание становиться родителями вообще. Помните, что *чем более толерантны будут ваши пожелания к кандидатуре будущего сына или дочери, тем скорее вы станете родителями.*

Читаем анкеты внимательно

Работая с информацией о детях, ожидающих устройства в семью, внимательно проанализируйте анкетную информацию о каждом ребенке.

Важно уметь не только прочитать анкету о ребенке, но и проанализировать, осмыслить информацию:

◆ *соотнесите несколько дат, зафиксированных в анкете ребенка:* дату его рождения, дату поступления в организацию, дату юридического разрыва правоотношений с кровными родителями. Анализ этих судьбоносных для малыша дат даст вам возможность проследить историю его жизни, узнать, сколько времени он провел без семьи, где в это время находился;

◆ *обратите внимание на даты рождения кровных родителей ребенка;* имеют ли родители ребенка регистрацию или являются лицами без определенного места жительства;

◆ *отследите, есть ли братья или сестры у ребенка,* сколько им лет и как они жизнеустроены. Бывает, что братья и сестры ребенка воспитываются в семьях родственников под опекой, в приемных семьях, либо они являются воспитанниками школ-интернатов;

◆ *зафиксируйте свое внимание на показателе «поддерживают ли родители отношения с ребенком»,* сделайте вывод о настроенности родителей на контакты с ребенком, возможно, они желают подать иск в суд о восстановлении в родительских правах;

◆ *спокойно прочтите данные, отраженные в графе «состояние здоровья ребенка».* Учтите, что это «самая подвижная» графа: ребенок растет, со-



стояние его здоровья меняется, многие диагнозы ребенок просто перерастает, некоторые же диагнозы не имеют определяющего значения для ребенка и его дальнейшего развития. Учитывайте, что **зафиксированные в анкете диагнозы вписываются на момент заполнения анкеты**, это, как правило, - первые дни, недели нахождения ребенка вне семьи. Со временем здоровье ребенка в условиях постоянного медицинского ухода и наблюдения, естественно, улучшается. Но имейте в виду, что вместе с тем на состоянии развития ребенка негативным образом сказывается и пребывание в несемейных (учрежденческих) условиях;

◆ *не полагайтесь на приложенную фотографию ребенка.* Поверьте: она не дает никакого представления о реальном малыше. Детям свойственно быстро меняться, фотография может быть удачной, а может быть совсем неинформативной. Порой дети не хотят фотографироваться: на некоторых фото запечатлены плачущие, насупленные, смотрящие исподлобья ребята. Специалисты замечают, что анкеты с такими фотографиями многие взрослые безразлично перелистывают. Но дети фотографируются именно в таких условиях и именно в тот момент, когда ими еще не пережито горе от разлуки с родителями, когда ребенок испытывает стресс, беспокойство, страх от того, что вокруг нет привычных людей, знакомых звуков, обычных вещей.

Графа «состояние здоровья» - самая подвижная: ребенок растет, состояние его здоровья меняется, многие диагнозы он просто перерастает, некоторые же диагнозы не имеют определяющего значения для ребенка и его дальнейшего развития. К тому же зафиксированные в анкете диагнозы вписываются на момент заполнения анкеты ребенка.



Школа приемных родителей

▲ Заочное знакомство кандидатов в усыновители с ребенком, ожидающим устройства в семью, также может произойти с помощью выпусков тематических телепередач, содержащих видеосюжеты о детях, живущих в центрах помощи и домах ребенка; получить краткую информацию о нуждающихся в семьях можно на информационном сайте «Счастливое детство - в семье!» министерства образования и науки Алтайского края: <http://deti.educaltai.ru>.

Узнать о ребенке, услышать историю о том, что кто-то оказался в беде и ему срочно требуется новая семья, можно из самых разных и порой непредсказуемых источников. **Важно рационально относиться к такой информации.** За изображением ребенка, за рвущей душу информацией о его горестной истории стоит реальность: конкретный ребенок и его потребности.

Что может дать информация

Чем больше кандидаты узнают о ребенке до встречи со специалистами, работающими с ребенком, и до очного знакомства с ним, тем увереннее они будут чувствовать себя с ребенком дома, хотя бы первое время. **Предугадать, с чем может столкнуться кандидат в замещающие родители, приняв ребенка в семью, сложно: все дети разные.**

Резкое изменение распорядка, расширение круга контактов, отрыв от привычной обстановки может спровоцировать у ребенка беспокойство, нарушения сна, аппетита, появление моторных расстройств и неадекватные реакции на ваши действия и слова.

Не правы те усыновители, кто полагает: «Вот возьмем ребенка в семью, и он будет жить с нами по-новому!» Прошлое всегда остается с каждым из нас, игнорировать его влияние на нашу настоящую жизнь - необдуманно. **Прошлое ребенка надо знать, учитывать и постараться предугадать, как оно может повлиять на вашу семью.**



Чтобы найти лучший подход к ребенку, кандидатам **важно узнать, как можно больше о жизни ребенка до помещения его в дом ребенка или центр помощи.** В каких условиях проходило его детство до этого времени, почему ребенка забрали из родной семьи, каким негативным воздействиям он подвергался в родной семье со стороны родителей (голодал, им пренебрегали, не замечали, с ним не занимались, оставляли без присмотра, били и т.п.), что пережил ребенок в прошлом, кто были его родители, родственники? Эта информация поможет кандидатам понять, в чем истоки возможного проблемного поведения ребенка, каковы причины его страхов, отставания в развитии.

Подобную информацию о ребенке можно узнать из бесед с работниками учреждения, в котором находится ребенок, а также изучив документы, содержащиеся в личном деле ребенка. Так, из решения суда о лишении родительских прав родителей ребенка можно узнать о том, каким рискам он подвергался, живя в семье, в каких условиях жил и рос, что привело к разрыву правоотношений ребенка с кровными родителями.

Также важно узнать, как живет и развивается ребенок после расставания с родной семьей:

▶ сколько времени он в разлуке с родителями, предпринимают ли они попытки наладить (или поддерживать) связь с ребенком?

▶ сколько «мест жительства» ребенок поменял после того, как его забрали из родной семьи, как проходит его привыкание на новом месте?

▶ какой режим дня в детском учреждении или приемной семье?

▶ какими навыками обладает ребенок?

▶ чем болеет (болел), каковы его потребности в плане развития, здоровья, необходимой среды?

Все ответы, которые можно получить, - это инструмент в ваших руках, чтобы знать, как облегчить вхождение ребенка в семью. Узнать всё о ребенке, конечно, не удастся, но полученная информация поможет вам, как кандидату, подготовиться к решению имеющихся и избежать некоторых новых проблем.

Подробное изучение информации о ребенке позволяет будущим замещающим родителям оценить свои ресурсы и возможности, с большим пониманием принять решение взять именно этого ребенка в семью, построить процесс знакомства с ним, сформировать представление об уровне и ресурсах психического и физического его развития, его возможностях, узнать его историю и получить рекомендации специалистов. ☺



«Человек для меня главнее всего!..»

Попечительский совет Демидовского фонда, продолжая многолетнюю традицию своих лауреатов и партнеров, в рамках Межрегиональной художественной выставки «Сибирь - XIII», которая прошла в Барнауле в июле 2023 года, учредил номинацию «О мире и о войне. Вахта памяти».

Не могу не отметить, что выставка удалась. Хорошая организация, отобраны прекрасные работы, отмечался высокий интерес к ней у жителей и гостей края. Побывав на выставке, хотелось поделиться впечатлениями, посоветовать непременно посетить ее еще раз.

Тема патриотизма присутствует в работах многих лауреатов Демидовской премии. И «демидовцы» на выставке «Сибирь - XIII» представлены очень достойно. И хотя их работы вызывали большой интерес у коллег - художников, искусствоведов, принятие решения в новой номинации было фактически без дискуссий.

За представленные на выставке работы «Прощание славянки» и «Демидовы» члены Попечительского совета единодушно отметили в номинации «О мире и о войне. Вахта памяти» дипломом Демидовского фонда и памятным подарком Александра Евгеньевича ЕМЕЛЬЯНОВА, заслуженного художника РФ, лауреата гуманитарной Демидовской премии в номинации «Изобразительное искусство» (2016 год).

Диплом вручил Почетный Президент Демидовского фонда, многие годы возглавлявший его, **Владимир Филимонович ПЕСОЦКИЙ**. На церемонии также при-

сутствовали и тепло поздравили коллегу лауреаты Демидовской премии разных лет **Сергей Владимирович ДЫКОВ**, **Анатолий Прокопьевич ЩЕТИНИН**, **Сергей Анатольевич ПРОХОРОВ**. Председатель Союза художников Алтайского края **Дмитрий Александрович ПЕТРЕНКО** отметил, что «*профессиональное сообщество полностью разделяет позицию Попечительского совета фонда по выбору работ*» и поздравил Александра Евгеньевича с высоким общественным признанием. Как Президент Демидовского фонда, хотела бы выразить солидарность Союзу художников Алтайского края за возможность реального партнерства, а лауреатам Демидовской премии, Попечителям Демидовского фонда - за активное участие в принятии решения.

Интересно, что импровизированная церемония награждения привлекла внимание зрителей выставки. Они делали фотографии, снимали видео, благодарили и аплодировали автору работ и выступавшим. Было волнующее ощущение торжественности момента, важности события как для автора, так и для участников. Запомнилась молодая жительница Новоалтайска, которая, не сдерживая эмоций, благодарила художника за созвучие работы ее настроению, настроению ее подруг. Волнуясь, буквально со слезами на глазах, она рассказывала Александру Евгеньевичу: «...*Мы с девчонками сети маскировочные вяжем каждый день, с утра поработала и меня отпустили, поехала на выставку. Но я даже и предположить не могла, что могу увидеть такую работу! Тронула до слез!*» И просила сделать фото автора с его картиной, чтобы отправить и своим подругам, и тем, для кого они делают свою работу.



Несколько смущаясь от такого внимания, победитель Александр Евгеньевич Емельянов рассказал:

- Как художник, я многие годы занимаюсь практически одной темой - историей России, историей славян, историей родного края. Представленная на выставке работа «Прощание славянки», за которую я отмечен Демидовским фондом, созвучна моему сегодняшнему настроению. Думаю, не только моему, но и настроению всего нашего общества. Вся Россия переживает за наших ребят, участвующих в СВО. И мы, художники, не можем быть в стороне от глобальных событий в обществе, от всех трудностей, **ведь мы едины!** Вот, пожалуй, это самая главная мысль этой работы.

Обычно название произведения у художника рождается в процессе работы над ним или по окончании. С этой работой - ситуация для меня парадоксальная. Прошлой осенью услышал одно из своих любимых произведений «Прощание славянки» в исполнении Кубанского казачьего хора, которое меня буквально потрясло. Этому гимну-маршу уже более ста лет. Он звучал и до, и во время Первой мировой войны, и во Великую Отечественную. Торжественно, вдохновляюще звучит и сейчас. Именно в момент прослушивания у меня и родилось название картины. Это потом уже обдумывал техническую часть. Задумка стала визуально проявляться в зрительные образы, появилась композиция, пластика. Понимал, что работ на тему «прощания» выполнено много, а мне хотелось сделать, что-то свое, нестандартное, «емельяновское»!..

Фигуру мужчины и женщины я слил как единое целое. Не просто обнимаются, машут рукой, прощаются... Они вместе, именно единение - символ, смысл работы! Над ними - нет, это не ангел, как некоторые думают, это - будущая Победа России в конфликте. Виктория! Аврора! Она как бы уже и готова возложить на голову солдата венок Победителя, но и показывает ему рукой в даль, направляя его сейчас защищать Родину.



Я не пейзажист, мне нравится работать именно в стиле жанровой композиции, над портретами. Люблю работать с людьми, особенно людьми необычной судьбы, известными, людьми - созидателями. Человек для меня главнее всего на свете. Как художник справился с поставленной перед собой задачей - будет решать зритель. О его замысле, о том, что он хотел донести, - должна рассказывать его работа. Считаю, если художник и зритель достигли понимания, созвучны - значит, работа удалась!

Еще раз большое спасибо за оценку моего труда. Меня, честно скажу, такое внимание удовлетворяет, радует, даже повышает настроение! Оценили - это всегда важно творческому человеку.



Ну а то, что зритель - и большой, и малый - у полотен Александра Евгеньевича Емельянова не оставался равнодушным - я видела своими глазами. И не раз! На выставке запомнилась семья: мама с маленьким сыном и еще меньшей дочкой проходили от полотна к полотну, она терпеливо объясняла детям сюжеты... Видно было, что малышам сложно, они еще не доросли до такой разноплановой взрослой выставки. И вдруг девочка громко и восторженно воскликнула: «Как красиво!» И замерла у картины «Прощание славянки»... Я не удержалась и непроизвольно под впечатлением ее ярких эмоций сделала фотографию.

Уверена, что работы Александра Евгеньевича Емельянова, как и ряда других алтайских авторов, будут отмечены на предстоящей Всероссийской выставке в Москве, а по возвращению станут достойным украшением коллекции Государственного художественного музея Алтайского края.

С уважением ко всем замечательным авторам, участникам выставки, ее организаторам и, безусловно, победителю в номинации «О мире и о войне. Вакта памяти» гуманитарных Демидовских премий Александру Евгеньевичу Емельянову,

**Ирина Валентиновна Козлова,
Президент
Демидовского фонда**



Архитектура как вся жизнь

Поздравляем с 65-летием Петра Ивановича Анисифорова!

Петр Иванович АНИСИФОРОВ - один из учредителей и сподвижников Демидовского фонда Алтайского края. Мое личное знакомство и с ним, и в тоже время с **Александром Михайловичем Родионовым** произошло в 1994 году. Именно тогда они пригласили, если так можно сказать, меня и Вадима Владимировича Козлова в состав попечителей этого движения. С их легкой руки вот уже 30-й год мы вместе участвуем в деятельности Демидовского фонда.

Петр Иванович среди первых был отмечен гуманитарной Демидовской премией (она вручается с 1993 года). Его работа, выполненная совместно с известным историком **Алексеем Дмитриевичем Сергеевым** «Историко-архитектурный проект “Змеиногорский рудный комплекс XVIII-XIX веков”», - вызвала закономерный интерес у специалистов и широкой общественности, произвела впечатление своей необычностью, масштабностью.

Деятельность Петра Ивановича, творческого коллектива его мастерской - безусловно, интересна. Она

связана, в том числе, и с возрождением православных храмов, причем не только на территории России. Как пример - **первый православный храм в Антарктиде** (церковь Святой Троицы), построенный из алтайского кедра по проекту группы алтайских архитекторов! Самый южный православный храм в мире находится рядом со станцией Беллинсгаузен на острове Кинг-Джордж (Ватерлоо).

Известный в Барнауле дом по улице Анатолия, 106а - «дом архитектора» - некоторое время был, можно сказать, некоей «штаб-квартирой» Демидовского фонда Алтайского края. Именно здесь принимались заявления от соискателей Демидовской премии, организовывались заседания Попечительского совета, проходили и другие камерные мероприятия Демидовского фонда. У знаменитого камина...

У Петра Ивановича, как председателя Союза архитекторов Алтайского края, его товарищей по профессиональному сообществу, всегда была своя особая позиция по работам, представленным соис-



кателями Демидовской премии, особенно в номинации «Архитектура». И Попечительский совет с уважением считался с ней при выборе лауреата текущего года.

Наше Издательство с 1994 года приняло участие в популяризации тогда еще только формирующегося Демидовского фонда. Некоторый период мы готовили тематические выпуски своей газеты «Добрый день» (позднее - «Вечерний Новоалтайск»), которые были посвящены деятельности фонда. И сегодня мы продолжаем эту традицию - в нашем журнале «Здоровье алтайской семьи», готовя с партнерами тематические «Демидовские вестники».

Пусть этот ностальгический экскурс к истокам Демидовского движения будет нашим дружеским «демидовским» приветом Петру Ивановичу Анисифорову в день его рождения с пожеланием здоровья, творческих успехов, новых интересных дел! ☺

С уважением, Ирина КОЗЛОВА,
Почетный член,
Президент Демидовского фонда



В номинации «О мире и о войне. Вахта памяти», учрежденной Алтайским Демидовским фондом в рамках Межрегиональной художественной выставки «Сибирь - XIII», прошедшей в Барнауле в июле 2023 года, отмечен Заслуженный художник России, лауреат Демидовской премии 2016 года **Александр Евгеньевич Емельянов**



Фото с награждения, Межрегиональная художественная выставка «Сибирь - XIII», г.Барнаул, июль 2023 года

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (236) август 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 31.08.2023 г., фактически - 14:00 31.08.2023 г. Дата выхода: 04.09.2023 г.

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

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

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, 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

Оказание первой помощи при отсутствии сознания и дыхания.

Сердечно-лёгочная реанимация



- 1 Поместите основание левой ладони на нижнюю часть грудины.
- 2 Наложите основание ладони одной руки поверх другой руки, не касая ребер.
- 3 Наклонитесь над пострадавшим в строго вертикальном положении под 90°.
- 4 Надавливайте на грудь вертикально, опуская ее примерно на 1/3 толщины грудной клетки (5 – 6 см).
- 5 Частота нажатий на грудную клетку – 5 движений в 1 секунду.
- 6 Приемы искусственной вентиляции без массажа грудной клетки неэффективны и наоборот. В случае отсутствия пульса и дыхательных движений эффективно только комбинированное выполнение искусственной вентиляции и массажа грудной клетки.



- 1 Прежде чем начать делать искусственное дыхание, надо уложить пострадавшего на спину и убедиться, что его дыхательные пути свободны для прохождения воздуха, для чего его голову максимально запрокидывают назад. Воздух вдувают ритмично 16 – 18 раз в минуту.
- 2 Реанимацию стоит производить либо до восстановления естественного дыхания, либо до прибытия медиков и спасателей.
- 3 В ситуации, когда раненых много, следует продолжать реанимацию до поступления следующего раненого.
- 4 Искусственное дыхание прекращают при восстановлении работы сердца или установлении достоверных признаков смерти.



Вдувание воздуха следует производить через платок/марлю после каждых 30 нажатий, зажав пациенту нос.



Вдох стоит осуществлять носом, затем произвести два вдувания. Процедуру повторять через каждые 30 нажатий.