

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (234) ИЮНЬ 2023



*18 июня -
День
медицинского
работника*



ОТ РЕДАКТОРА



Поздравляю уважаемых коллег с профессиональным праздником - с Днем медицинского работника! В этом году его отмечали, как мне показалось, с большей торжественностью. Многие и врачи, и средние медицинские работники в преддверии праздника были отмечены государственными, краевыми и местными наградами. Заслуженно и достойно! Приятно слышать от пациентов рассказы о кудесниках-медиках, их выдержке и терпении, высокой квалификации, внимании и участии к пациентам.

То, что медицинские работники, причем, не только в последнее время, работают с очень серьезной перегрузкой, признается всеми. Причина, безусловно, и в высоком уровне заболеваемости населения региона, и в низкой плотности населения в сельской местности. Как следствие, заданная этим обстоятельством - многоуровневая система организации медицинской помощи: малой мощности центральные районные больницы, необходимость получения значительной части медицинской помощи на уровне межрайонных отделений либо учреждений краевого центра.

Но главная проблема - серьезный многолетний дефицит медицинских кадров. И врачей, и средних медицинских работников! Очевидно, что проблема не разрешится в краткосрочной перспективе, она требует времени и неординарных мер. В решении кадровых проблем, как показывает жизнь, мелочей нет. Это - реальное, а не декларируемое, подчеркнуто уважительное отношение к медикам и в обществе, и властей всех уровней. Решение, в первую очередь, вопросов, связанных с возможностью профессиональной реализации специалистов, в том числе возможность системного повышения квалификации, отработки профессиональных навыков. Это - создание нормальных, безопасных и комфортных условий работы в медицинских организациях. Да, в этом направлении явные подвижки есть - и коллеги с гордостью делятся теми улучшениями, которые происходят в их лечебных учреждениях. Это - приемлемые социально-бытовые условия: и качество жилья (я сторонник наличия фонда хорошего служебного жилья у медицинских организаций), и доступность для детей медиков детских садов, школ, спортивной инфраструктуры. Это - возможность системной реабилитации медиков в условиях санаторно-курортных учреждений. Ну и, конечно, это - повышение уровня оплаты труда.

Подготовка кадров врачей - процесс не одного десятилетия. Учитывая объем задач, внедрение высоких технологий, расширение дистанционных форм работы в медицине - возможно, есть резон говорить о расширении фельдшерского функционала в первичном звене, в системе медицинской профилактики, реабилитации?..

Существенный приток кадров в медицину сейчас может обеспечить увеличение числа обучающихся в медицинских вузах и колледжах. А это и серьезная профориентационная работа с молодежью. Это и корректировка и качественная организация учебного процесса еще со школы. Очевидно, что это задача не только сотрудников АГМУ или колледжей.

Видимо, уже сложившаяся практика «профессионального долголетия» в медицине также сохранится. «А куда нам от наших пациентов?! На пенсию не уйдешь, ждем замену», - говорят ветераны. Думаю, особых слов благодарности заслуживают те наши коллеги-ветераны, которые остаются на посту, верны профессиональной клятве, буквально закрывают брешь, иначе не скажешь! Думаю, это признак качественного полученного в свое время образования, сформированного чувства долга...

Алтайский государственный медицинский университет готовится к своему 70-летию юбилею. Историю института создавали наши с вами учителя, те, которые научили нас быть ответственными, неравнодушными и иметь не только профессиональную, но и гражданскую позицию. И память, уважение к учителям в учебных заведениях и в практическом здравоохранении - это тоже важный воспитывающий момент. Не могу не отметить заинтересованную работу в этом направлении сотрудников многих кафедр и коллектива Музея АГМУ и истории медицины Алтая, отдельных медицинских организаций (именно поэтому мы системно и последовательно рассказываем об этом в журнале).

Буквально в конце мая текущего года состоялись два, на мой взгляд, значимых события в истории вуза - это 125-летний юбилей первого ректора АГМИ П.П. Рахтанова и торжественное открытие мемориального кабинета В.Б. Гервазиева, возглавлявшего вуз с 1979 по 1988 годы. Нам показалось важным рассказать вам, уважаемые читатели, об этих удивительных, высокопрофессиональных людях, отличных организаторах, - и именно в июньском выпуске: как дань уважения и к ним, и к тем, кто продолжает серьезную преподавательскую деятельность!

Еще один аспект, на мой взгляд, требует серьезной работы не только организаторов здравоохранения, руководителей, но и всего профессионального сообщества. Это создание нормального морально-психологического климата в медицинских организациях. То, что такая проблема существует, - тому, к сожалению, свидетельств не мало, и это не только те, которые вышли в СМИ, в том числе и в интернете. Как свежая иллюстрация: знакомые медики прислали фотографии с празднования Дня медработника в их учреждении. Видно, что мероприятие впечатлило участников. Спрашиваю: «А вас почему нет на фото?!» - «Так кто бы нас позвал? Мы же на пенсию официально вышли...» (не работают всего два месяца!). Поздравляю коллег с Днем медицинского работника, интересовалась - был ли праздник в учреждении, где раньше работали, как он прошел. Оказалось, что только один человек из двадцати получил приглашение! Как индикатор такой ситуации и то, что дети, внуки многих медиков не продолжают профессиональные династии. Аргумент - посмотрелись на старшие поколения.

Праздник - это не только поздравления, подарки, внимание. Это еще и время подвести итоги, определить проблемные места, болевые точки, обсудить пути их решений.

Мира и умиротворения вам, уважаемые коллеги! Здоровья, доброго семейного круга, надежных коллег, выздоравливающих пациентов!



**Стать донором
несложно**



**COVID-19,
до свидания!**



**Хватит и одного!
Каскад переломов
или эффект домино**



**Антитабачный
закон по годам**



**Безопасное
поведение на доро-
гах детей с РАС**

На обложке: торже-
ственные мероприятия со
Дня медработника.

Фото: министерство
здравоохранения Алтайс-
кого края

18 ИЮНЯ - ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.
«Я горжусь тобой!» 2-5

К 70-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АГМУ
Петр Петрович Рахтанов:
«Белый халат как олицетворение чистоты
медицинских помыслов» 6-9

И.Ю. Сазыкина.
Нужно знать свой ВИЧ-статус 10-11

Новости здравоохранения России 12

Стать донором несложно 13

COVID-19, до свидания! 14

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА
Ю.А. Дударева, А.А. Шишилов, М.М. Арутюнян.
Что важно знать о пренатальной диагностике 15-17

Памяти Черненко В.В.
В.В. Черненко. Болезнь кожи - рожистое воспаление 18-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
Ю.И. Жавинина.
Синдром обструктивного апноэ сна у взрослых -
диагностика и CPAP-терапия 21-24

Зубная щетка по ГОСТу 25

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+
Н.Г. Целюк.
Хватит и одного!
Каскад переломов или эффект домино 26-31

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА
И.А. Вейцман, Е.Ю. Шмакова, С.А. Кадомцев.
Медицинский взгляд на нанесение татуировки 32-33

ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА
Антитабачный закон по годам 33-34

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!
Л.В. Голованова.
Безопасное поведение на дорогах детей с РАС 35-39

К 70-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АГМУ
Виктор Борисович Гервазиев.
Жизнь и творческий путь профессора 40-44



«Я горжусь тобой!»

15 июня 2023 года в Государственной филармонии Алтайского края в торжественной обстановке состоялось мероприятие, посвященное Дню медицинского работника. В этот день собрались лучшие представители самой гуманной и благородной профессии человечества. Важность и значимость их труда были отмечены высокими наградами.



Видеопоздравление медицинским работникам направил Губернатор Алтайского края **Виктор ТОМЕНКО**, который в тот день находился в рабочей командировке.

В Алтайском крае в системе здравоохранения работает более 50 тысяч медицинских работни-

ков. За последние пять лет в регионе были построены 88 новых объектов здравоохранения, выполнен капитальный ремонт 882 учреждений (в частности, отремонтированы все детские поликлиники), установлено 11 тысяч единиц современного медицинского оборудования.

Слова благодарности труду, выдержке и бескорыстному служению людям выразил и председатель Алтайского краевого Законодательного Собрания **Александр РОМАНЕНКО**. В своей приветственной речи Александр Алексеевич рассказал:

- Был принят ряд важных решений, и сегодня претворяем их в жизнь. Расходы краевого бюджета в 2022 году составили 180 млрд рублей, а на здравоохранение было направлено около 60 млрд рублей. Это - большая сумма, но она явно недостаточная. Мы на достигнутом не останавливаемся, вопросов много - от кадровой обеспеченности до уровня заработной платы и задач по техническому оснащению поликлиник и больниц. Мы ждем предложений от всех представителей медицинского сообщества и обещаем их поддерживать.

Также медицинских работников края поздравил заместитель председателя правительства Алтайского края **Игорь СТЕПАНЕНКО**.



Поздравляя с профессиональным праздником, министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий ПОПОВ** отметил:

- Основная наша задача - это сохранение и укрепление здоровья граждан. Для этого необходимо обладать особыми душевными качествами - состраданием, гуманизмом, умением слушать, слышать, сопереживать. Вместе с тем очень важны способность работать на опережение, комплексно подходить к повышению качества медицинской помощи. Желаю вам крепкого здоровья и успехов на пути осуществления масштабных планов на благо здоровья жителей региона.

Профессиональный праздник - это еще и признание заслуг в трудовой деятельности, возможность порадоваться успехам своих коллег. Медицинским работникам Алтайского края были вручены почетные награды Правительства края и Алтайского краевого Законодательного Собрания. Также по традиции были подведены итоги краевых (вторых) этапов Всероссийского конкурса врачей и Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

В рамках празднования Дня медицинского работника наградили и детей - победителей **краевого конкурса рисунков «Я горжусь тобой!»** Его участниками стали дети от 3 до 14 лет, чьи родители или близкие родственники (бабушка, дедушка, брат, сестра) работают в подведомственных Минздраву медицинских и фармацевтических организациях. 50 рисунков участников были оформлены и представлены на выставке в фойе филармонии. А всего на конкурс было направлено более 150 работ, из которых для участия были отобраны 106 рисунков.



За многолетний добросовестный труд и в связи с профессиональным праздником Почетной грамотой Алтайского краевого Законодательного Собрания награждены:

● **МАРКЕЕВА Наталья Александровна**, фельдшер скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Рубцовск»;

● **ПОРЯДИНА Наталья Владимировна**, медицинская сестра палатная терапевтического отделения КГБУЗ «Славгородская ЦРБ»;

● **КОНЕВА Галина Алексеевна**, медицинская сестра кабинета врача-офтальмолога КГБУЗ «Павловская ЦРБ»;

● **ХАЛИНА Лариса Петровна**, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант) клинко-диагностической лаборатории КГБУЗ «Угловская ЦРБ»;

● **ЧЕРНОГОРОВ Сергей Викторович**, врач-анестезиолог-реаниматолог палаты реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Шелаболихинская ЦРБ»;

● **ЧИЛИКИДИ Наталья Юрьевна**, врач клинической лабораторной диагностики отделения клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул».

За многолетний добросовестный труд и в связи с профессиональным праздником Благодарственным письмом Алтайского краевого Законодательного Собрания поощрена:

► **ДЕНИСОВА Елена Владимировна**, медицинская сестра отделения скорой медицинской помощи КГБУЗ «Мамонтовская ЦРБ».

Указом Губернатора Алтайского края Виктора Томенко за многолетний добросовестный труд и в связи с профессиональным праздником медалью «За заслуги в труде» награждены:

● **ПРОКУДИНА Любовь Михайловна**, рентгенолаборант рентгеновского отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»;

● **СВЯТЕЦ Константин Анатольевич**, заведующий отделением анестезиологии и реанимации - врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Михайловская ЦРБ»;

● **ФРОЛОВА Юлия Александровна**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница».



18 июня - День медицинского работника

► **Постановлением Правительства Алтайского края за многолетний добросовестный труд, большой личный вклад в дело охраны здоровья населения Алтайского края и в связи с празднованием Дня медицинского работника Почетной грамотой Правительства Алтайского края награждены:**

► **БОЛОТОВА Наталья Викторовна**, врач-педиатр участковый детской поликлиники КГБУЗ «Алейская ЦРБ»;

► **ЕГАРМИНА Лариса Олеговна**, врач-дерматовенеролог лечебного отдела КГБУЗ «Алтайский краевой центр по про-

филактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»;

► **ЗАДОРОЖНЕВ Юрий Георгиевич**, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Топчихинская ЦРБ»;

► **КОРЧАГИНА Ольга Николаевна**, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшер КГБУЗ «Ребрихинская ЦРБ»;

► **ЛАДЫГИНА Светлана Федоровна**, медицинская сестра палатная (постовая) отделения опухолей молочной железы и онкогинекологии круглосуточного стационара КГБУЗ «Онкологический диспансер г.Рубцовска»;

► **ЛОБАЧЕВА Татьяна Федоровна**, акушерка КГБУЗ «Поспелихинская ЦРБ»;

► **МАМОНТОВА Нина Владимировна**, заведующий детским отделением гнойной хирургии - врач-детский хирург КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул»;

► **ОБРЕЗАНОВА Юлия Владимировна**, старшая медицинская сестра отделения лучевой диагностики КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»;

► **СЛОБОДЧИКОВА Наталья Валерьевна**, фельдшер скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Бийск»;

► **ЭРДЫНЧЕВА Ангелина Ильинична**, заведующий отделением - врач-терапевт КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».



Губернатор Виктор Томенко в ходе рабочей встречи в краевой клинической больнице скорой медицинской помощи №2 сообщил о новых мерах поддержки медиков, которые стартуют 1 июля.

Доплаты получают молодые специалисты и опытные врачи-наставники: «С 1 июля

планируем начать каждый месяц доплачивать врачам старшего возраста по 9 тысяч рублей, а фельдшерам, медсестрам - по 6 тысяч. А в целом по краю заложили 1,5 миллиарда на три года на привлечение кадров в медучреждения и в городах, и в селах».

Алтайский край - один из немногих регионов страны, где принято решение выделить средства на специальные соци-



альные выплаты сельским медикам, которые не вошли в федеральный проект. На это выделено около 400 миллионов рублей. Также по федеральным программам «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» врачи получают по 1,5 миллиона и по 750 тысяч рублей - фельдшеры.



Фото: Антон Червяков

Поздравляем победителей краевого (второго) этапа Всероссийского конкурса врачей!

Лучшими признаны:

в номинации

«Лучший анестезиолог-реаниматолог»

МИХАЙЛОВА Татьяна Евгеньевна, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

в номинации

«Лучший

акушер-гинеколог»

ХАБАРОВ Евгений Федорович, врач-акушер-гинеколог КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»;

в номинации «Лучший врач по диагностическим исследованиям»

ДОЛГОВА Татьяна Ивановна, врач ультразвуковой диагностики КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»;



в номинации

«Лучший педиатр»

БОРИСОВА Оксана Григорьевна, врач-педиатр 3 педиатрического отделения КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул»;

в номинации

«Лучший врач скорой медицинской помощи»

ЕМЕЛЬЯНОВ Василий Владимирович, врач скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул»;

в номинации

«Лучший хирург»

ШИПИЛОВ Николай Иванович, врач-хирург КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

в номинации

«Лучший

санитарный врач»

ВДОВИЧЕНКО Елена Николаевна, врач-эпидемиолог КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями»;

в номинации

«Лучший терапевт»

ПЬЯНКОВА Марина Викторовна, врач - клинический фармаколог КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск»;

в номинации

«Лучший кардиолог»

БУЛЫГИН Сергей Юрьевич, врач-кардиолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»;

в номинации

«Лучший врач лабораторной диагностики»

ТРЯНКИНА Светлана Александровна, врач клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

в номинации

«Лучший невролог»

КОРНЕЕВА Светлана Викторовна, врач-невролог КГБУЗ «Детская городская поликлиника №7, г.Барнаул»;

в номинации «Лучший участковый терапевт»



СКВОРЦОВА Наталья Валерьевна, врач-терапевт участковый КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул»;

в номинации

«Лучший эндокринолог»

ВИГЕЛЬ Алла Константиновна, врач-эндокринолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

в номинации «Лучший травматолог-ортопед»

ПЛОТНИКОВ Иван Алексеевич, врач-травматолог-ортопед КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»;

в номинации

«Лучший стоматолог»

ГАПАНКОВА Мария Васильевна, врач-стоматолог-терапевт КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника».

Поздравляем победителей краевого (второго) этапа Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием»!

Лучшими признаны:

в номинации

«Лучший фельдшер»

МИНГАЛЁВ Александр Владимирович, фельдшер скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул».

в номинации «Лучшая медицинская сестра»

КОНУСАРОВА Инна Юрьевна, медицинская сестра процедурной КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск».

в номинации

«Лучшая старшая медицинская сестра»

НЕСТЕРОВА Алла Дмитриевна, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск».

в номинации

«Лучший лаборант»

АНДРЕЕВА Татьяна Валерьевна, медицинский технолог КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул».

в номинации

«За верность профессии»

КОЛМАКОВА Елена Алексеевна, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр». ☺

По информации пресс-службы министерства здравоохранения Алтайского края



Петр Петрович Рахтанов: «Белый халат как олицетворение чистоты медицинских помыслов»

В Музее АГМУ и истории медицины Алтая 22 мая 2023 года прошел памятный вечер, посвященный 125-летию со дня рождения первого ректора Алтайского государственного медицинского института Петра Петровича Рахтанова.

Гостями стали коллеги, ученики, друзья и родственники П.П. Рахтанова - учителя, наставника, фронтовика. Он внес неоценимый вклад в развитие АГМИ, медицины и внутреннего мира своих учеников, коллег. Своей натурой он учил быть духовно чистым и преданным своему делу и Родине.

Петр Петрович Рахтанов жил в сложное время. На его долю выпали все перипетии XX века: революция, репрессии, три войны, послевоенное восстановление страны, освоение целинных и залежных земель. Много где жил и работал, но особое место в его жизни занимал Алтайский медицинский институт, в становление которого он вложил все свои знания и жизненный опыт. Его имя навечно связано с АГМИ. Новые поколения студентов каждый год 1 октября, знакомясь с историей вуза, будут вспоминать о нем.

*Заместитель директора Музея АГМУ и истории медицины Алтая **Игорь Васильевич ШАЛЯПИН** выступил автором брошюры, посвященной юбилею первого ректора АГМИ. Благодарим директора музея **Ивана Генриховича БЕККЕРА** и Игоря Васильевича Шаляпина за возможность познакомить наших читателей с жизнью истинного врача и наставника - Петра Петровича Рахтанова.*

Петр Петрович РАХТАНОВ родился в семье служащего в Москве 5 мая 1898 года. Его отец - Рахштейн Петр Александрович (1872г.р.) - в 1895 году женился на уроженке города Курска Екатерине Гюбель (1873г.р.). В браке родились два сына: старший Александр (1896г.р.) и младший Петр (1898г.р.).

В 1913 году семья переезжает из Москвы в Курск на Московскую улицу в дом Белова. В Курске Петр Александрович был назначен на должность директора-казначея губернского попечительского комитета исправительного арестантского отделения в звании коллежского регистратора.



**Петр Рахштейн
и Екатерина Гюбель,
Москва, 1895 год**



В 1914 году, с началом Первой Мировой войны, Петр Александрович Рахштейн меняет свою фамилию на Рахтанов. В 1916 году его сын Петр поступает в Харьковский университет на медицинский факультет.

В 1919 году во время гражданской войны глава семейства Петр Александрович был подвергнут аресту за контрреволюционную деятельность и расстрелян. Мать со старшим сыном переезжают в Харьков, там она работала в магазине для иностранцев, так как знала девять языков. Петр с третьего курса медицинского факультета добровольцем уходит в Красную Армию лекпомом 77-го сводного эвакогоспиталя, затем его отправили на Царицынский фронт, где он пробыл до марта 1920 года, когда всех студентов-медиков демобилизовали и отправили доучиваться.

В 1921 году успешно закончил университет. Работал ординатором хирургической и гине-



кологической клиники Харьковского медицинского института (1921-1925гг.), заведующим отделением третьей хирургической рабочей больницы (1925-1930гг.). Старший научный сотрудник Всеукраинского рентгенорадиологического института (1931-1939гг.).

В 1929 году Петр Петрович познакомился с Елизаветой Васильевной Полищук (1908г.р.) - медицинской сестрой. В этом же году они поженились. В 1939 году П.П. Рахтанов ушел добровольцем на войну с Финляндией. Сначала был начальником хирургического отделения Первого госпиталя Наркомздрава, затем - начмедом и начальником этого же госпиталя. Домой он вернулся лишь через три месяца после окончания войны, так как госпиталь долечивал «своих» и раненых из других госпиталей и был закрыт последним. Награжден знаком «Отличник здравоохранения».

В 1940 году Петр Петрович Рахтанов защитил кандидатскую диссертацию и был принят на кафедру онкологии Харьковского института усовершенствования врачей. Проработал в этой должности до 1941 года.

О Великой Отечественной войне Петр Петрович вспоминал: «Уже 23 июня 1941 года я был начальником хирургического отделения сводного эвакуационного госпиталя в Харькове. В августе того же года меня назначили ведущим хирургом



другого госпиталя, который в сентябре эвакуировали в Красноярск. Весной 1943 года я - ведущий хирург госпиталя на Ореховском фронте, а затем - главный хирург 2-й армейской госпитальной базы в Серпухове. На этой базе я и пробыл до конца войны. Так складывалась моя военная служба, оставившая в сознании чувство удовлетворения от исполненного долга».

После окончания войны Петр Петрович Рахтанов - главный онколог Латвийской ССР (1945-1949гг.).

С 1949 по 1951 год он работал главным врачом Ленинградского городского онкологического диспансера, а в 1951-1954 годы - доцентом кафедры факультетской хирургии Первого Ленинградского медицинского института. Звание доцента ему присвоено в 1952 году.

«24 апреля 1954 года приказом Министерства здравоохранения Союза ССР кандидата медицинских наук, доцента Рахтанова Петра Петровича полагать приступившим с 11 сентября 1954 года к исполнению обязанностей директора Алтайского государственного медицинского института».

Впоследствии П.П. Рахтанов писал в газете «Медик Алтая»: «Можно смело утверждать, что так, как открывался Алтайский медицинский институт, не открывалось ни одно учебное заведение. Организация АГМИ была экстренная». Это было непростое время: необходимо было в срочном по-



рядке подготовить для занятий аудитории в полностью не подготовленном для учебного процесса здании, подобрать и утвердить штат преподавателей.

В порядке шефской помощи медицинские вузы страны присылали учебную и научную литературу, муляжи, препараты, микроскопы и многое другое. Для обеспечения учебного процесса на первый учебный год в институт требовалось 23 преподавателя. Был брошен клич по вузам страны, некоторые преподаватели пришли из средних школ. Кое-кого прислало министерство.

При активном личном участии Петра Петровича в новый институт были пригла



Семья Рахтановых: Петр Петрович с женой Елизаветой Васильевной, дочерьми и матерью Екатериной Гюбель, Рига, 1945 год

К 70-летию юбилею АГМУ

шены многие специалисты медицинских институтов Москвы, Ленинграда, Казани, Горького и других городов нашей страны. Вот как в своей книге «Рождение альма-матер. Очерки истории АГМУ» пишет о первом ректоре профессор **Леонид Алексеевич ТАРАСОВ**: «Лидером АГМИ, непререкаемым авторитетом был ректор П.П. Рахтанов, внешне и внутренне интеллигент «старого склада». Его личность формировалась в течение многих лет в Харькове, Риге, Ленинграде - и это всегда чувствовалось. Вечер отдыха в актовом зале, одобренный танцами, мог с достоинством открыть ректор, изящно и легко вальсирующий со студенткой под бравурные звуки студенческого духового оркестра. Все, кто знал Петра Петровича, отмечали его высокое человеколюбие, душевность и требовательность к себе и к подчиненным.

В личности Петра Петровича Рахтанова просматривался сплав красивейших черт ёмкого генетического характера: с одной стороны, - доброта с широтой и открытостью, с другой, - педантичность, мо-

жет быть, чрезмерная аккуратность и пунктуальность. В ректоре гнездились неписаное, но хорошо улавливаемое благородство натуры. Это было заложено в тембре его голоса, в манерах, в отдельном жесте, в своеобразной притягательности».

Студентка первого набора **Римма Андреевна КОМИССАРОВА** вспоминала: «Нас, студентов, всегда покоряли и восхищали его интеллигентность, доступность, внимание и забота о нас. Зная наше послевоенное, обездоленное, голодное, а для некоторых и блокадное детство, проявлял к нам поистине отцовские чувства. Оказывал материальную помощь малоимущим студентам. Уже с первых встреч со студентами он учил их правилам хорошего тона: «Авторучку, молодой человек, не носят в наружном кармане пиджака, а толь-



Госэкзамен по анатомии. Февраль 1962 год.
В центре: зав. кафедрой анатомии
Справа: П.Н. Рахтанов

ко во внутреннем» и непременно это наглядно покажет; бант на шляпе у мужчин - слева, а у женщин - справа; на вечерах показывал, как нужно приглашать даму на танец и вальсировать без усталости по паркетному полу актового зала».

Большое внимание Петр Петрович уделял делу воспитания студентов, учил правилам русской речи, много уделял внимания русской литературе, музыке, искусству. Им были выпущены брошюры для студентов «Правила русской речи» и «О культуре поведения».

Общеизвестно было трепетное отношение ректора к белому халату, как к олицетворению чистоты медицинских помыслов. В мае 1955 года выходит приказ №118: «При посещении кафедр мною отмечено, что во время практических занятий не все студенты и преподаватели в халатах. На некоторых студентах халаты грязные, с оторванными пуговицами. Считаю такое положение ненормальным. Предлагаю преподавателям и студентам на занятиях по анатомии, биологии, гистологии, физике и химии обязательно быть в халатах, студенткам - также в шапочках или в косынках. Халаты должны быть в исправленном виде и не загрязнены». В подтверждение своего высокого отношения к чистоте белого халата следует



отнести и просьбу Петра Петровича проводить его в последний путь в белом халате.

В 1956 году Петр Петрович Рахтанов сдает полномочия ректора **Федору Митрофановичу КОЛОМИЙЦЕВУ**, а сам переходит на заведование кафедрой общей хирургии, им же основанной. Кафедра располагалась на базе госпиталя участников Великой Отечественной войны (г. Барнаул, ул. Гоголя, 57). Научными направлениями кафедры были хирургические проблемы рака желудка (доцент П.П. Рахтанов), рака пищевода (и.о. доцент **В.И. Авдюничев**), альвеококкоза печени (ассистент **Н.П. Крылова**). Петр Петрович Рахтанов заложил основы для дальнейшего развития колопроктологии на Алтас. Много внимания он уделял этике медицинского персонала: на эту тему неоднократно проводил беседы с практическими врачами и сестрами клинической базы кафедры.

Петр Петрович Рахтанов в 1958 году одним из первых в институте организовал на кафедре общей хирургии научное студенческое общество. Были приглашены все желающие студенты с первого по четвер-



тый курс. Все последующие годы в кружке занималось 20-30 студентов. Им было введено кураторство групп, прошли первые итоговые научные конференции.

Петр Петрович - автор 40 научных работ по вопросам онкогинекологии и органов пищеварения.

В 1963 году П.П. Рахтанов уходит на пенсию и занимается вопросами создания проктологической службы в городе Барна-

уле и Алтайском крае. По приказу Горздравотдела в 1964 году было открыто 10 проктологических коек на базе БСМП, а в 1966 году проктологические койки переведены в МСЧ завода станкостроения. Рахтанов организовал консультативную помощь проктологическим больным края. С 1974 года Петр Петрович возглавил эту службу в МСЧ работников текстильной промышленности. При его непосредственном участии был открыт краевой проктологический центр на базе МСЧ «СтройГАЗ».

Петр Петрович Рахтанов почти в 90-летнем возрасте написал: *«Я всё-таки считаю себя счастливым человеком. Живу с большим интересом к жизни во всем её разнообразии. Оптимизм меня не покидает».*

В 1992 году на 94-м году жизни его не стало...

Петр Петрович Рахтанов награжден орденом Отечественной войны II степени, девятью медалями, знаком «Отличник здравоохранения». Но главной его заслугой, безусловно, стал Алтайский государственный медицинский университет. ☺



Стать донором несложно

Каждый год 14 июня отмечается Всемирный день донора крови.

Слово «донор» происходит от латинского «donare» - «дарить», потому что зачастую доноры дарят другим людям не только кровь, но и жизнь.

В честь праздника волонтеры-медики запустили Всероссийскую акцию по популяризации донорства. В Алтайском крае партнерами акции выступили Алтайский краевой центр крови, министерство здравоохранения Алтайского края, Алтайский государственный медицинский университет и комитет по делам молодежи города Барнаула.

Так, в краевой столице мобильный комплекс заготовки крови стоял у здания Правительства Алтайского края и принимал доноров - сотрудников регионального министерства здра-



воохранения, АО АПЗ «Ротор» и волонтеров-медиков.

Открыл праздничную программу министр спорта Алтайского края **Максим Рябцев**, который поддержал акцию и сдал кровь, совместно с министром здравоохранения Алтайского края **Дмитрием Поповым**, ректором Алтайского государственного медицинского университета **Ириной Шереметьевой** и другими участниками.

В рамках акции в мобильном комплексе кровь сдали 40 человек, удалось собрать около 18 литров крови.

Как стать донором

Необходимо подготовиться к сдаче крови!

Не сдавайте кровь натощак и соблюдайте рекомендации:

- **за трое суток** до сдачи крови исключите лекарства, содержащие аспирин и анальгетики;

- **за двое суток** до сдачи крови исключите алкоголь;

- **за два часа** до сдачи крови не курите!

- **За сутки** до сдачи крови

за-прещено употреблять жирную, жареную, острую и копченую пищу, колбасные изделия, мясные и молочные продукты, яйца и масло, шоколад, орехи и финики, авокадо, свёклу, бананы.

На завтрак перед донацией пейте сладкий чай, ешьте хлеб, отварные крупы на воде.

Обязательно ознакомьтесь с противопоказаниями на сайте www.yadonor.ru.

Приходите в учреждение службы крови с паспортом.

Адреса центров крови в Алтайском крае:

- ▶ КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови»: г.Барнаул, пр.Ленина, 197, тел.: 77-20-87;

- ▶ филиал КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови» в г.Бийске: пер.Мартьянова, 44, тел.: 43-58-43;

- ▶ филиал КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови» в г.Рубцовске: пр.Рубцовский, 35а, тел.: 4-61-97. ☎

Александра ПОДКОРЫТОВА,
специалист КГБУЗ
«Алтайский краевой центр крови», фото автора





Что важно знать о пренатальной диагностике

Сегодня в нашей стране огромное внимание уделяется здоровью каждого ребенка, начиная с внутриутробного периода. И каждого родителя волнует здоровье его будущего ребенка. Что важно знать паре перед беременностью?

По данным ВОЗ, от 2,5% до 3% детей рождаются с врожденными пороками развития. Около 1% составляют генные болезни, 0,5% - хромосомные и в среднем 1,5-2% причиной развития различных аномалий развития становятся неблагоприятные факторы внешнего воздействия на организм будущей матери или имеющиеся у нее болезни и другие состояния, осложняющие течение беременности.

Цели пренатальной диагностики

Не всю патологию плода можно выявить внутриутробно: *редкие генетические поломки не сопровождаются фенотипическими изменениями*, то есть плод по результатам проведения ультразвуковой диагностики не имеет аномалий развития.

Пренатальная диагностика (ПД) - это комплекс врачебных мероприятий и диагностических методов, направленных на выявление морфологических, структурных, функциональных или молекулярных нарушений внутриутробного развития плода. **Пренатальная диагностика помогает:**

- ◆ выявить патологию, влияющую на здоровье и жизнь ребенка или способную привести к тяжелой инвалидизации;
- ◆ определить тактику ведения беременности;
- ◆ провести оценку состояния плода с целью выявления возможностей своевременной (возможно внутриутробной) коррекции порока развития, тактики ведения беременности, места и срока родоразрешения;
- ◆ подготовиться к родоразрешению;
- ◆ после рождения оказать своевременную специализированную помощь новорожденному.

Методы пренатальной диагностики

Условно методы ПД можно разделить на две большие группы.

Неинвазивные методы:

- ▶ сбор анамнестических данных,
- ▶ скрининговое ультразвуковое исследование,
- ▶ определение биохимических маркеров - анализ эмбриоспецифических белков (РАРР, ХГЧ), которые определяются в крови матери (забор венозной крови в сроке беременности 11-13,6 недель),
- ▶ неинвазивный тест определения фетальной ДНК в крови матери, который позволит более точно определить риск хромосомной патологии у плода.

Инвазивные методы ПД основаны на изучении биологического материала плодного яйца с помощью цитогенетических, иммунологических, серологических, молекулярных методов диагностики.

Ведущим методом неинвазивной ПД является **ультразвуковой метод исследования**. УЗИ позволяет не только установить факт наличия беременности, но и установить наличие пороков развития плода, определить косвенные признаки хромосомной патологии плода (синдром Дауна и другие).

Наиболее информативно УЗИ, проведенное в определенные сроки (11-13,6 недель и 19-21,6 недель), на современном сертифицированном оборудовании экспертного класса врачом ультразвуковой диагностики, который имеет международный сертификат FMF для проведения скрининга.

УЗИ (в 11-13,6 недель) дополняется забором крови для определения уровня эмбрионспецифических белков, связанных с беременностью (РАРР-А и бета-ХГЧ). ▶



**Юлия Алексеевна
ДУДАРЕВА,**

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;



**Александр Александрович
ШИПИЛОВ,**

врач-генетик отделения лучевой и функциональной диагностики (пренатальной диагностики) КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»;



**Мариам Мелконовна
АРУТЮНЯН,**

студент института клинической медицины, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ



◀

Все беременные Алтайского края обязательно пройдут первый и второй пренатальный скрининг в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» (ДАР). Поэтому важно встать на диспансерный учет по беременности в женскую консультацию по месту фактического проживания до 10-11 недель, чтобы врач своевременно направил вас на первый пренатальный скрининг.

Следует отметить, что *норма соотношения этих белков для каждой недели беременности отличается*. Например, при синдроме Дауна наиболее значимые различия определяется до 14 недели беременности.

Своевременное биохимическое исследование крови беременной женщины (11-13,6 недель), ультразвуковое исследование, оценка анамнестических данных позволяют **рассчитать индивидуальный риск хромосомной патологии**, которую нельзя просто увидеть на УЗИ, для каждой женщины с помощью специальной компьютерной программы, созданной Фондом медицины плода (Fetal Medicine Foundation, FMF).

Ультразвуковой скрининг второго триместра проводится в сроки 19-21,6 недель. Именно этот срок является своего рода «экватором» беременности. Анатомическое строение уже хорошо сформировано, будущий малыш достаточно большой и подвижный. Проводится скрининг с целью оценки анатомических особенностей плода, исключения у него пороков развития. Во втором триместре беременности удается выявить подавляющее большинство пороков развития плода. Эффективность ультразвукового метода в диагностике инвалидизирующей врожденной патологии или патологии, требующей сложной хирургической коррекции после родов, достигает 95%, в зависимости от характера патологии. В этом же сроке проводится прицельное обследование сердца малыша специально обученным врачом - называется это обследование **эхокардиография плода**.

Если в силу каких то причин женщина пропустила первый ультразвуковой и биохимический пренатальный скрининг, то в сроке беременности 15-18 недель врач должен направить на так называемый **тройной биохимический скрининг**, который включает ХГЧ, альфа-фетопроtein (АФП), свободный (неконъюгированный) эстриол (Е3). По результатам тройного теста также рассчитывается риск возникновения синдромов Дауна, Эдвардса, Патау, информативность обследования в этом сроке ниже, чем в сроке 11-13,6 недель.

УЗИ третьего триместра проводится в сроке 30-34 недель и позволяет оценить темпы роста плода, выявить врожденные пороки развития с поздним проявлением.

При выявлении отклонений по УЗИ, биохимическому скринингу, при высоком индивидуальном риске хромосомной патологии **беременная направляется на медико-генетическое консультирование**, где врач-генетик объясняет про выявленные отклонения, направляет на консилиум врачей, где будет определена дальнейшая тактика ведения беременности, определяет показания для направления на инвазивные методы обследования.

Инвазивные методы ПД позволяют провести непосредственно исследование клеток эмбрионального происхождения. Полученная генетическая информация о человеке содержится в ядрах его клеток и позволяет выявить патологию, связанную с изменением количества или структуры генетического материала. Например, синдром Дауна, синдром Эдвардса, синдром Патау.

Выбор оптимального способа получения материала и дальнейшего его исследования зависит от срока беременности и определяется индивидуально для каждой женщины.

Во время консультации перед проведением инвазивной ПД врач оценивает условия для проведения процедуры и наличие противопоказаний на основании изучения истории развития беременности, клинического обследования, данных УЗИ, оценки результатов необходимых лабораторных исследований.

Сроки и метод проведения инвазивной ПД определяются показаниями и ограничены. Наиболее целесообразно сделать в сроке до 14 недель (биопсия хориона) или с 19 до 21 недели беременности (кордоцентез). Несмотря на то что, как правило, ослож-



нения встречаются крайне редко, тем не менее пациентка об этом предупреждается, подписывает информированное согласие.

Сегодня в арсенале врачей появился новый, современный, безопасный для матери и плода **неинвазивный тест - по определению фетальной ДНК в крови матери**, который позволяет более точно (практически на 80-90%) определить риск хромосомной патологии, но при выявлении этого высокого риска потом необходимо всё равно провести инвазивные методы диагностики состояния плода.

Все вышеприведенные обследования по выявлению патологии плода имеют наиболее информативные сроки для обследования.

Для рождения здорового ребенка

Первое. К беременности нужно готовиться всей семье - и матери, и отцу будущего ребенка. Паре рекомендуется пройти обследование у врачей, выяснить состояние своего здоровья, узнать, как лучше подготовиться к беременности и что нужно сделать на данном этапе. Первостепенной является прегравидарная подготовка минимум за три месяца до планируемого зачатия. В нее входит комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, которые направлены на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнеров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и других) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребенка.

Второе. Модификация факторов риска (исключить курение, алкоголь).

Третье. Необходимы нормализация режима дня, умеренные физические нагрузки, сбалансированный режим питания, нормализация массы тела



Четвертое. Вакцинация. Если пациентка до наступления беременности серонегативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические IgG), то перед планированием зачатия необходимо провести соответствующую вакцинацию. Не стоит забывать про вакцинацию от гриппа и коронавирусной инфекции. Оптимальные сроки вакцинации - не менее чем за три месяца до зачатия.

Пятое. При наличии хронических, длительно протекающих заболеваний необходимо посетить нужных специалистов, чтобы они могли обследовать, назначить лечение, то которое разрешено при будущей беременности, особенно это касается женщин с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и т.д.

Шестое. Примерно за 2-3 месяца до планируемого зачатия начать прием фолиевой кислоты в дозе 400-800мкг для предотвращения пороков развития нервной трубки, а также препаратов йода и витамина D.

Необходимо как можно раньше встать на диспансерный учет по беременности и своевременно пройти пренатальный скрининг.

Каждой семейной паре нужно знать, как важно ответственно относиться к материнству и отцовству, чтобы родить здорового ребенка и в полной мере наслаждаться семейным счастьем, а врачи сделают всё, что для этого только будет возможно. ☺

**В арсенале
врачей существует
определенный
спектр диагности-
ческих возможнос-
тей, которые позво-
ляют выявить
наиболее часто
встречающуюся
патологию плода.**





Памяти Черненко Владимира Викторовича (1962-2023)

Заслуженный врач России, кандидат медицинских наук, заведующий отделением гнойной хирургии городской больницы №8 города Барнаула, врач-хирург высшей квалификационной категории, доцент кафедры общей хирургии АГМУ, автор более 75 публикаций, нескольких монографий и авторских свидетельств на изобретения.

Теоретически понятно, что жизнь человека имеет два полюса - ее начало и конец. Но так нелегко смириться с уходом врача, который отвоевывал право жить для многих своих пациентов и не смог справиться с тяжелым недугом сам.

Владимир Викторович Черненко с 1992 года возглавлял отделение гнойной хирургии городской больницы №3 Барнаула. С ее закрытием отделение сменило адрес - в 2014 году переехало в «восьмерку» (КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул»). Потребовалась серьезная работа на новом месте, и она была выполнена.

Профиль отделения - стык хирургии и борьбы с инфекцией. Причем особое значение имеет именно уход за пациентами, выхаживание тяжелых и обучение жизни с болезнью, ведь многие ее проявления могут вернуться. Владимир Викторович не просто организовал работу отделения нужным образом, но и сам не жалел времени для объяснения пациентам правил профилактики. Среди вопросов ему были и про нетрадиционные методы лечения. На это он отвечал просто: «Можете делать всё, если помогает, но обязательно обращайтесь своевременно к врачу».

В непростые дни прощания с Владимиром Викторовичем горе семьи и близких разделяют ученики и коллеги, пациенты, спасенные его трудом, вернувшиеся к полноценному образу жизни благодаря правильным рекомендациям. Но остались незавершенные дела и люди, к которым уже не прийти и не помочь...

Скорбим и будем помнить, вечная память вам, Владимир Викторович!..

Болезнь кожи -

**Черненко Владимир Викторович
был автором нашего журнала.
Редакционный совет решил повторить
одну из его вышедших публикаций,
посвященной рожистому воспалению
кожи («Здоровье алтайской семьи»,
сентябрь 2019 год).**

Под рожей, или рожистым воспалением кожи, понимают острое серозное и серозно-геморрагическое инфекционное заболевание. Возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы А. Возбудитель заболевания малоконтагиозен. Поэтому рожистое воспаление кожи лечится в отделениях гнойной хирургии стационаров.

Рожистое воспаление кожи часто является следствием других тяжелых хронических заболеваний: сахарного диабета, варикозного расширения вен, тромбоза, трофических язв, грибковой инфекции, алкоголизма, ожирения.

Как правило, **заболевание возникает бурно.** Причем, симптомы интоксикации проявляются раньше местных проявлений: человек внезапно почувствовал себя плохо, появился озноб, стремительно поднялась температура до $+41^{\circ}\text{C}$. И только через некоторое время появляются **местные признаки рожистого воспаления:** отёк, яркое покраснение того участка тела, в котором развивается заболевание. Почти всегда участок покраснения четко очерчен, иногда контуры напоминают языки пламени. При прикосновении ощущается повышенная температура воспаленного участка кожи, при этом пациент испытывает резкую боль. Участок гиперемии может несколько возвышаться над остальными участками тела.

Различают несколько форм заболевания, но чаще развивается их комбинация. При **эритематозно-геморрагической форме** на пораженном участке на фоне покраснения возникают множественные точечные кровоизлияния - признак поражения капилляров. Выделяют также **эритематозно-буллезную форму:** примерно на третьей сутки от начала заболевания происходит расслоение верхних слоев кожи с образованием пузырей и дальнейшим выделением экссудата. При **буллезно-геморрагической форме** в пузырях скапливается непрозрачная кровянистая жидкость.

В чем суть болезни? Происходит образование и пропитывание экссудата, содержащего большое количество стрептококков, через все слои



рожистое воспаление

кожи. При этом верхний слой кожи отслаивается, возникают так называемые буллезные пузыри. В некоторых случаях возникает пропотевание элементов крови, разрушение микроциркуляторного русла, которое выглядит как геморрагические пятна.

Различают стадии развития болезни: начало, разгар и регресс.

Помните, что **рожистое воспаление кожи - серьезное заболевание, требующее серьезного системного лечения антибиотиками!** Площадь поражения очень большая - и на коже только видимая ее часть. Когда продукты воспаления всасываются, в организме развивается интоксикация, возникает лихорадка, которая определяет состояние пациента. **Практически всегда рожистое воспаление кожи - это полное развитие болезни независимо от времени начала лечения.** И оно не имеет ничего общего с «советами» народной медицины.

По степеням тяжести выделяют **лёгкое течение** (чего мы, врачи, практически не видим в своей практике), **среднее** и **тяжелое** (эти стадии во врачебной практике встречаются одинаково часто).

В 60% течение заболевания имеет осложненный характер. Учитывая, что к пораженной коже прилегают венозные и лимфатические сосуды и узлы, поражение этих структур в той или иной степени предотвратить невозможно. **Степень поражения определяет характер развивающихся впоследствии осложнений.** Если поражаются лимфатические сосуды, возникает лимфазтаз, при поражении лимфатических узлов - лимфаденит, при поражении небольших вен - тромбофлебит. Также возможно их сочетание.

Примерно в 15-30% случаев заболевания, когда формируется большое количество инфицированного экссудата, к нему может присоеди-



няться другая микрофлора. И тогда возникают болезненные флегмоны (острое гнойное воспаление). Иногда развитие заболевания может привести к абсцессу.

Болезнь, как правило, развивается на уровне сосочкового слоя кожи, там, где происходит микроциркуляция лимфы. Когда воспалительный процесс переходит на мелкие лимфатические сосуды, возникает четкое нарушение венозного и лимфатического оттока, что ведет к стойкому инвалидизирующему осложнению - формированию **лимфедемы**. Несколько перенесенных рожистых воспалений приводят к мощному склерозу подкожной клетчатки с возникновением тотального рубца. Причем, чем больше он выражен, тем хуже последствия для человека.

Выделяют **дермасклероз** - состояние, при котором отток лимфы затруднен, а ее приток остается нормальным. Вследствие этого лимфа не уходит, а перерождается в новую ткань. В результате происходит внешнее изменение ног человека: они становятся огромными. Описаны случаи, когда вес ноги в несколько раз может превышать собственную массу тела человека. Данное состояние в народе называют «слоновостью».

Примерно в 15-30% случаев заболевания, когда формируется большое количество инфицированного экссудата, к нему может присоединиться другая микрофлора. И тогда возникают болезненные флегмоны (острое гнойное воспаление). Иногда развитие заболевания может привести к абсцессу.



Поскольку при рожистом воспалении кожи имеем дело с генерализованной инфекцией, **возможно развитие сепсиса**. Опасность этого состояния возрастает при большом по площади рожистом воспалении, сопровождающемся формированием флегмон.

Кто находится в зоне риска по данному заболеванию?

Как попадает стрептококк в организм человека? Возбудитель болезни постоянно присутствует на коже. С наступлением сезона работ на дачных участках в нашем отделении гнойной хирургии городской больницы №8 Барнаула отмечается рост числа пациентов с рожистым воспалением. При обработке кустарников, деревьев легко получить микротравмы. **Небольшие порезы, уколы, потертости, не обработанные своевременно, - легкий путь для инфекции, что и приводит с большой вероятностью к развитию рожистого воспаления.** Чистой должна быть и одежда. Работая на участке, лучше защитить руки, выбрав одежду с длинными рукавами. После работы надо осмотреть себя, вымыть руки, порезы обработать элементарными антисептическими растворами - хлоргексидином, раствором бриллиантовой зелени. **Следует также избегать переохлаждения, купания в загрязненных водоемах, соблюдать правила личной гигиены.**

В группу риска попадают также **люди, имеющие системные заболевания.** У них снижен иммунитет, происходят изменения физиологии кожи: она становится более ломкой, более подверженной проникновению различных инфекций. К систем-



РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ



Возбудитель заболевания - β -гемолитический стрептококк группы А

ным заболеваниям относятся сахарный диабет, болезни сосудов нижних конечностей: варикозное расширение вен, перенесенные тромбозы и т.д.

При диагностике рожистого воспаления обязательно проводится оценка его площади. Правило следующее: площадь ладони равна 1% площади тела человека, соответственно, площадь руки - 9%, ноги - 18%.

При невыраженной у пациента интоксикации, при субфебрильной температуре, при площади поражения до 2,5% назначается **амбулаторное лечение.** В чем оно заключается? Обязателен прием антибиотиков широкого спектра действия, противовоспалительных средств, антисептиков, мазей для обработки поверхности кожи, а также жаропонижающие препараты. Предписывается полный покой воспаленной конечности. Больному человеку рекомендуется обильное питье, преимущественно жидкие малокалорийные блюда.

Если интоксикация имеет выраженные признаки, сохраняется высокая температура тела, в этом случае необходима **госпитализация.** В таких случаях назначаются уже системные антибиотики широкого спектра действия, при необходимости проводится иммунотерапия, также назначаются препараты - анти-

коагулянты - для профилактики нарушений и улучшения микроциркуляции лимфы, предупреждения тромбозов в пораженных тканях. Параллельно проводится диффузионная терапия, вскрываются пузыри, поверхность кожи обрабатывается антисептиками - при буллезной форме заболевания. Обработка проводится до двух раз в сутки с накладыванием повязки до тех пор, пока не завершится выделение экссудата.

При развитии гнойных осложнений пациентам назначаются **оперативное лечение** - вскрываются гнойники, обрабатывается участок кожи, накладывается повязка. При большой поверхности поражения в отдельных случаях возникают некротические явления. Тогда оперативным путем проводится удаление этих участков с обязательной кожной пластикой.

При осложнениях после заболевания и для их профилактики назначается магнитотерапия, ручной или аппаратный лимфодренаж. Цель процедур - максимально убрать отеки на пораженном участке и улучшить кровообращение.

Рожистое воспаление опасно рецидивом - возвращением болезни на тот же участок кожи, либо повторным ее развитием на новом участке. Чтобы этого не произошло, после лечения необходимо назначение инъекций пролонгированных пенициллинов, которые непосредственно воздействуют на стрептококк. Это не обременительно для пациента: одна инъекция проводится раз в месяц. Назначается от шести до двенадцати инъекций. ☺





Синдром обструктивного апноэ сна у взрослых. Диагностика и CPAP-терапия

Мало встать рано утром, надо ещё перестать спать.

Янина Ипыхорская

В современном мире около 30% взрослого населения страдают нарушением дыхания во сне. Практически каждый пятый человек на

планете храпит во сне! Храп, как звук, представляет собой проблему для окружающих, а не для самого человека.



Юлия Ивановна ЖАВИНИНА,
медицинская сестра высшей квалификационной категории,
отделение функциональной диагностики
КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»,
член ПАСМР с 2012 года

**Уважаемые
медицинские работники!**

От имени АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» примите сердечные поздравления с профессиональным праздником – **Днем медицинского работника!** В этот день хотелось бы сказать всем вам спасибо за каждодневный великий и неоценимый труд, благородный и милосердный, насыщенный глубокими знаниями и колоссальным трудолюбием. Ваша профессия действительно самая необходимая и важная, ваши талантливые руки дарят людям радость исцеления и вселяют надежду на дальнейшую жизнь. Желаем успехов в совершенствовании вашего профессионального мастерства и удачи в достижении всех поставленных целей. Пусть профессия бесконечно открывает для вас новые горизонты, дарит вдохновение и энергию для новых свершений!

Будьте счастливы, здоровы и успешны!

18 июня 2023 год

Однако храп может быть одним из основных симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) - болезни, для которой характерны остановки дыхания во сне.

Свидетелями этого заболевания являются бодрствующие родственники, которые с тревогой наблюдают, как внезапно обрывается храп и возникает пугающая тишина, затем громкое всхрапывание - и вновь всё повторяется. На каждую остановку дыхания, а при тяжелых формах СОАС их может быть до 400-500 за ночь общей продолжительностью 3-4 часа, про-



Советы медицинской сестры

Исходит пробуждение мозга - это защитная реакция, которая спасает жизнь, но резко ухудшает качество сна.

Причины и проявления СОАС

При обструктивном апноэ во сне дыхательные пути смыкаются на уровне глотки, что затрудняет или блокирует поток воздуха, и, несмотря на экскурсию грудной клетки и живота, вдыхаемый воздух не достигает лёгких. Причин этого может быть несколько.

Например, уже при легком **ожирении** вероятность нарушения дыхания во сне увеличивается в 8-10 раз вследствие сужения дыхательных путей из-за отложения висцерального жира рядом со стенками глотки.

Увеличение небных миндалин способствует сужению верхних дыхательных путей.

Алкоголь, кроме того, что приводит к расслаблению глоточной мускулатуры, также тормозит активность мозга.

Курение способствует отеку слизистой из-за хронической химической травмы дыхательных путей и способствует снижению тонуса мышц.

Австрийский психолог Зыгмунт Стрыхальский говорил: «Искусство храпа приходит с годами». С возрастом **снижается мышечный тонус** и появляется вероятность смыкания верхних дыхательных путей во сне.

Для более яркой иллюстрации типажа пациента с СОАС в литературе часто описывают полного юношу с красным лицом по имени Джо из произведения «Посмертные записки Пиквикского клуба», который постоянно засыпал и начинал храпеть в самый неподходящий момент. Так Чарльз Диккенс впервые описал пациента, страдающего синдромом обструктивного апноэ сна. Сюда можно еще добавить **характерный хриплый голос**, который образуется в результате биения мягкого нёба о стенки глотки во время храпа.

Последствия СОАС

Клинические проявления синдрома обструктивного апноэ сна зависят от степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая).

К сожалению, часто пациенты на приеме у врача не жалуются на храп и на остановки дыхания во сне, считая это обычным и неважным. Между тем, клинические проявления нарушения дыхания во сне достаточно серьезные - они в значительной мере снижают качество жизни и несут угрозу жизни. **Некачественный сон** способствует выработке гормона грелина, отвечающего за аппетит. Выра-

ботка гипофизом гормона красоты - соматотропина, участвующего в обменных процессах, - также приходится на ночной период. Таким образом плохой сон из-за остановок дыхания во сне приводит к **перееданию** и, как следствие, - к **избыточной массе тела, раннему старению, метаболическим и эндокринным нарушениям**.

Постоянный недостаток кислорода во время ночного апноэ существенно **увеличивает риск развития сердечных аритмий, инфаркта миокарда, инсульта**. У пациентов с тяжелой формой СОАС смертность от сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в пять раз! У больных с нарушениями дыхания во сне также отмечаются **беспокойный поверхностный неосвежающий сон, потливость** (особенно в области головы), **учащённое мочеиспускание, разбитость и головные боли по утрам, мучительная дневная сонливость, раздражительность, снижение памяти и внимания, хроническая усталость, повышение артериального давления, снижение потенции**.

Всё это приводит к снижению работоспособности, концентрации внимания, рассеянности. Избыточная сонливость крайне опасна за рулем! Таким образом, синдром обструктивного апноэ сна можно назвать социальным заболеванием.

Наличие хотя бы трех из вышеописанных симптомов является поводом для дальнейшей диагностики СОАС.

Диагностика СОАС

Встает вопрос о необходимости правильной диагностики и лечения. Так как заболевание проявляется множеством симптомов, пациенты по их поводу могут обращаться к терапевту, оториноларингологу, кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, сексопатологу, психиатру.

Наиболее простым и доступным методом диагностики нарушения дыхания во сне является **компьютерная пульсоксиметрия**. Аппарат PulseOx 7500 (SPO

Medical, Израиль) представляет собой миниатюрный компьютер, который располагается на запястье пациента и регистрирует насыщение крови кислородом и пульс. Пульсоксиметр выполняет более 20000 измерений за ночь, позволяет с высокой точностью диагностировать СОАС.

При выявлении патологии необходима более углубленная диагностика:

● **метод кардиореспираторной диагностики дыхания во сне;**

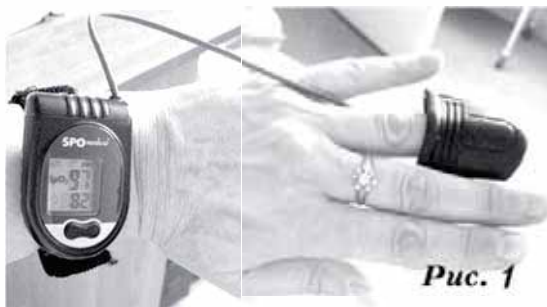


Рис. 1



● **метод комплексной электроэнцефалографии сна** с регистрацией кардиореспираторных показателей.

С помощью аппарата ИНКАРТ («Кардиотехника», Санкт-Петербург) происходит **регистрация** дыхательного потока и храпа с помощью носовой канюли, насыщение крови кислородом, пульса, электрокардиографии.

С помощью аппарата энцефалографа регистрируем **электроэнцефалографию** - функциональное состояние биоэлектрической активности мозга во сне, что позволяет наблюдать влияние нарушения дыхания во сне на стадии сна.



Рис. 3

Полное и детальное обследование пациента позволяет точно диагностировать степень тяжести нарушения дыхания во сне, что важно в выборе тактики ведения пациента.

В настоящее время существуют **эффективные методы лечения синдрома обструктивного апноэ сна**, что значительно улучшает качество жизни человека и предотвращает серьезные осложнения. Выбор тактики лечения зависит от сочетания причин и степени тяжести СОАС, начиная от общепрофилактических мер и заканчивая оперативным лечением.



Рис. 4



Рис. 2

Об CPAP-терапии

Лечение средней и тяжелой степени СОАС проводится в том числе и аппаратным методом неинвазивной вспомогательной вентиляции постоянным положительным давлением в дыхательных путях. Этот метод был предложен в 1981 году австралийским врачом, профессором Колином Салливаном и получил название «CPAP-терапия» (аббревиатура от Continuous Positive Airway Pressure).

CPAP-терапия является основным методом, «золотым стандартом» лечения тяжелой степени апноэ и храпа. Он основан на создании избыточного положительного давления в дыхательных путях во время сна.

Суть метода проста - если дыхательные пути немного «раздуть» во время сна, то это будет препятствовать их спадению.

Аппарат CPAP-терапии представляет собой компрессор для создания постоянного положительного давления, который подает поток воздуха под определенным давлением в дыхательные пути через гибкий перфорированный шланг и герметичную маску. Таким образом он не дает дыхательным путям спадаться на уровне глотки и блокировать поступление воздуха.

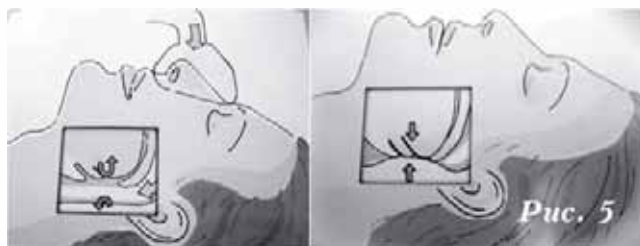


Рис. 5

Метод CPAP-терапии не имеет абсолютных противопоказаний, а побочные эффекты, как правило, незначительны и обратимы. В любом случае **CPAP-терапию назначает только врач и только после полной диагностики пациента!** Врач-сомнолог наблюдает пациента на протяжении всего времени проведения CPAP-терапии.

Расскажу, как в **Диагностическом центре проводится методика подбора CPAP-терапии.** На первом сеансе индивидуально подбираем маску: маска должна быть не просто комфортной, но и максимально герметично прилегать к лицу. Так как маска непосредственно контактирует с лицом пациента, то от правильности ее подбора будет зависеть и приемлемость лечения. Подбираем исходное комфортное давление, режим лечения. Очень важно установить контакт с пациентом, успокоить его, заверить в безопасности и эффек-



Советы медицинской сестры

▲ тивности метода лечения. При виде оборудования CPAP-терапии, как правило, в глазах пациента читается вопрос: «Боже, как с этим спать?!», но, используя аппарат в домашних условиях 5-7 ночей, приходит понимание, что с ним спать гораздо лучше, чем без него.

При правильно подобранном режиме CPAP-терапии практически сразу же устраняются храп, дневная сонливость, улучшается цвет лица, увеличивается концентрация внимания и, наконец, значительно улучшается настроение! Главное - снижается риск сердечно-сосудистых осложнений, вероятность внезапной смерти во сне от нехватки кислорода, уменьшается выраженность сопутствующих заболеваний (гипертонии, диабета, ожирения и т.д.). Это - неоспоримые и гарантированные «плюсы» аппаратного лечения СОАС.

Но есть всего один «минус» - дороговизна оборудования. На современном рынке представлено большое количество моделей и производителей аппаратов CPAP-терапии и все они по-своему хороши. В любом случае стоимость аппарата окупится восстановлением вашего здоровья, работоспособности и жизнь заиграет новыми красками!

CPAP-терапия продолжается от нескольких месяцев, в тяжелых случаях - в течение всей жизни. Многих пациентов сначала это пугает и некоторые (особенно молодые люди) даже отрицают длительное использование CPAP-терапии. Но ведь никого не пугает пожизненное ношение очков или зубных протезов! После курса аппаратного лечения СОАС, ощутив прилив жизненных сил и бодрости, большинство наших пациентов продолжают использовать метод CPAP-терапии, тем самым выбирая жизнь!

Хочу закончить словами пациента, который уже более двух лет наблюдается в диагностическом центре с СОАС, находясь на аппаратном лечении: «Раньше я думал, что главное для человека - это вода и еда. Сейчас точно знаю, что главное - это дышать во сне!» ☺



Рис. 6

Рис. 1. Компьютерный пульсоксиметр PulseOx 7500 (SPO Medical, Израиль). Регистрируемые параметры: сатурация, пульс.

Рис. 2. Результаты исследования компьютерной пульсоксиметрии. Синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени.

В верхней части рисунка: статистические данные по исследованию. В нижней - 12-часовая разверстка кривых сатурации и пульса.

Рис. 3. Метод кардиореспираторной диагностики дыхания во сне, кардитехника ИНКАРТ (Россия). Регистрируемые параметры: ЭКГ, поток воздуха, храп, сатурация, пульс.

Рис. 4. Метод комплексной электроэнцефалографии сна с регистрацией кардиореспираторных показателей, кардитехника ИНКАРТ (Россия). Электроэнцефалограф. Регистрируемые параметры: функциональное состояние мозга, ЭКГ, поток воздуха, храп, сатурация, пульс.

Рис. 5. Сравнительная визуализация дыхательных путей с применением CPAP-терапии (слева) и без (справа).

Рис. 6. Проведение CPAP-терапии с использованием аппарата с автоматической настройкой лечебного давления ICON AUTO (Новая Зеландия).

После курса аппаратного лечения СОАС, ощутив прилив жизненных сил и бодрости, большинство наших пациентов продолжают использовать метод CPAP-терапии, тем самым выбирая жизнь!



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Инна Александровна ВЕЙЦМАН, член Редаксовета журнала, к.м.н., врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры профилактики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана ФГБОУ



ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ:

Остеопороз называют «безмолвной эпидемией». Он очень долго протекает скрыто, не принося человеку особых забот. Однако опасен остеопороз своими осложнениями, в первую очередь переломами при минимальной травме - позвоночник, шейка бедра, запястье. Остеопороз находится на четвертом месте в ранге причин смертности, пропустив вперед онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет.

Частота случаев остеопороза увеличивается с возрастом. Частота переломов шейки бедренной кости, по данным эпидемиологического исследования, проведенного в 16 городах России (общая численность населения в возрасте 50 лет и старше составила 1749274 человек) в 1992-1997 годах, составила 100,9 на 100 тысяч населения. Аналогичное исследование было проведено через 11 лет (в 2008-2009 годах) в четырех городах России. Оно показало, что частота переломов проксимального отдела бедренной кости уже составляет 239 случаев на 100 тысяч населения (276 и 175 случаев у женщин и мужчин, соответственно). В связи с такой тенденцией к распространенности заболевания стоит задуматься о мерах профилактики.

Да, человек стал жить дольше. И это хорошо! Но пришли заболевания, связанные с возрастом, в том числе и остеопороз.

Врача, который лечит только остеопороз, к сожалению, нет. Им занимаются врачи разных специальностей - ревматологи, эндокринологи, травматологи, гинекологи... И если вы заметили «первые тревожные звоночки» этого заболевания, обязательно обратитесь к специалистам. Помните, что остеопороз сам не пройдет, с возрастом он будет только прогрессировать, что приведет к новым переломам.

Хватит и одного! Каскад переломов или эффект домино

Похоже, что тайна вымирания мамонтов наконец раскрыта. Ученые в результате исследований пришли к выводу, что эти животные вымерли в результате обрушившейся пандемии остеопороза.

Из-за падения на Землю гигантского метеорита уровень земли поднялся. Подземные воды не смогли проникать на поверхность земли и обогащать растения минеральными веществами. Кости мамонтов, которые употребляли в пищу эти бедные минералами растения, постепенно стали хрупкими и ломкими. Мамонты падали, не выдерживая собственный вес, получали многочисленные переломы, и становились легкой добычей для первобытных охотников. Такая версия, видимо, тоже может рассматриваться...

Неужели нас с вами поджидает та же самая участь, и мы, подобно мамонтам, можем исчезнуть из-за остеопороза? Или же?..

Дело в том, что до 80% молодых людей в современном мире уже имеют снижение плотности костей до 20%, то есть они с юных лет живут в состоянии остеопении (сниженной плотности костей). И к пожилому возрасту, они имеют высокие шансы столкнуться с ярко выраженным остеопорозом.



Наталья Георгиевна ЦЕЛЮК,

заведующий гериатрическим центром, врач-гериатр Алтайского краевого гериатрического центра КГБУЗ «Алтайский крайевой госпиталь для ветеранов войн»



Риски развития остеопороза

Что можно сделать для предотвращения остеопороза?

Конечно, современная медицина настоятельно рекомендует использовать все возможные меры профилактики.

Например:

- **питаться продуктами**, богатыми кальцием и витамином D;
- **не пить бутилированную воду**, так как в ней содержится мало минералов;
- **отказаться от употребления кофе, сигарет и алкоголя**;
- **прекратить вести малоподвижный образ жизни**.

Все эти рекомендации, безусловно, не лишены смысла. Так, наши кости тоже нуждаются в тренировке. Поэтому физкультура и спорт позволяют увеличить осевую нагрузку на кости, тем самым укрепляя их.



78% - плотность кости ниже ожидаемых по возрасту значений

Но что делать с немодифицированными факторами риска, на которые мы повлиять не можем? Нужно учитывать **факторы риска развития остеопороза**.

Если:

- человек принадлежит к европеоидной расе или монголоидной расе;
- если он старше 50 лет;
- если у него есть ближайший родственник пожилого возраста, у которого есть остеопороз или у него уже произошел перелом вследствие остеопороза;
- если у него высокий рост и длинные бедра, имеется какое-то хроническое заболевание,

- то риск развития остеопороза у такого человека крайне высок.

Посмотрите на отдельных бабушек и дедушек: они согрблены, сеу-



тулены. Почему? Виной всему патологический остеопоротический перелом.

Чаще всего вследствие остеопороза происходят переломы шейки бедра, костей таза, ребер, ключицы, тел позвонков. Легкость, с которой они происходят, имеют низкотравматичный генез.

Переломы - не норма!

Падения - самая частая причина получения переломов в пожилом возрасте. Но не только падения могут быть причиной перелома. Пожилой человек может спотк-





▶ нуться, запнуться, неудачно повернуться в постели или даже чихнуть или кашлянуть - и перелом может уже случиться.

И последствия перелома крайне катастрофичны! Четверть пациентов, перенесших перелом шейки бедра, умирают в течение первого года после него. А 60% навсегда останутся зависимыми от окружающих и от посторонней помощи - и всё это не-

смотря на усиленное лечение. Треть таких пациентов родственники будут помещать в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, потому что дома оказывать им полноценный уход невозможно и 40% этих пациентов никогда не смогут передвигаться самостоятельно.

Самое страшное, что в ближайшее время у половины этих людей, как правило, произойдет повторный перелом. И вся статистика усугубится еще в более драматичном виде. Этот эффект называется «каскад переломов или эффект домино».

После первого перелома риск возникновения повторного перело-

ма возрастает в три раза, после второго - в пять раз, а после третьего перелома - в восемь раз. И остановить этот «каскад» очень сложно.

Сложность в том, что пожилые люди или их родственники, в том числе и окружающие люди, часто относятся к перелому лучевых костей достаточно легкомысленно, принимая это как данность старения, как некая возрастная проблема, которая свойственна старости.



Низкоэнергетические переломы – не внезапность!!

Низкоэнергетический перелом - это не внезапность и не случайность. Это всегда проявление остеопороза!

Большинство пациентов, ставших инвалидами вследствие перелома шейки бедра или тел позвонков, в прошлом, как правило, уже имели такой «легкий перелом». И если бы к этому факту тогда отнеслись с должным вниманием, возможно, повторных переломов можно было бы избежать.

Как не пропустить остеопороз

Сложность в том, что даже мы, специалисты, врачи, часто не замечаем достаточно явных признаков остеопороза или же не придаем им должного значения. Как говорится, видим глазами, но не воспринимаем.

Что должно насторожить? Прежде всего, это:

▶ боли в костях (ноющие боли в костях, часто при перемене погоды);



► *подергивание мелких мышц*, особенно ночью (это необычная возрастная проблема, поэтому о ней надо спрашивать прицельно у пациентов);

► *образование зубного налета* (это - пародонтоз, и поэтому мы должны буквально смотреть в рот наших пациентов);

► *ломкость волос и ногтей*;

► *усталость мышц спины при незначительной нагрузке или при недолгом сидении* (очень частая и очень специфическая для остеопороза жалоба, причем это можно увидеть буквально на приеме, когда пациент быстро устает в положении сидя и пытается поменять положение тела).

Всех пациентов с подобными симптомами, жалобами следует стратифицировать по **шкале Фракс** - это специальная шкала для оценки риска переломов в ближайшие 10 лет. С помощью нее мы можем *определить дальнейшую тактику ведения пациента*, а именно:

► только периодическое наблюдение;

► назначение дополнительной диагностики, например, в виде рентгеновской денситометрии;

► назначение лечения.

Сложность заключается еще и в том, что существует так называемый **«неведомый»** (недиагностируемый) перелом, который остается невыявленным. Чаще всего это переломы тел позвонков.

Классический внешний вид человека с переломами тел позвонков можно увидеть на картине Гюстава Климта «Три возраста женщины».

На что мы должны обратить внимание? Заметьте, здесь мелочей нет!



Прежде всего, мы должны спросить пациента, **не снизился ли его рост по сравнению с молодостью?** И если рост действительно уменьшился на три и более сантиметра, то, конечно, *мы должны заподозрить переломы тел позвонков.*

Также признаками перелома тел позвонков являются **выраженный кифоз** (так называемый «вдовий горб»), **сглаженный поясничный лордоз, выступающий живот, соприкосновение костей таза с ребрами, поверхностное дыхание, постоянные боли в области спины.**

Но бывает так, что даже при переломе шейки бедра человек может продолжать двигаться, ходить и вести относительно обычный образ жизни, и **заподозрить перелом в этом случае возможно по некоторым косвенным признакам:**

Пожилые люди, их родственники, окружающие люди часто относятся к перелому лучевых костей достаточно легкомысленно, принимая это как данность старения, как некая возрастная проблема. Но это всегда проявление остеопороза!





- ▶ длительные боли в паху;
- ▶ укорочение одной конечности относительно другой;
- ▶ произвольный поворот пострадавшей конечности наружу, при положении лежа.

Всё это является признаками перелома бедра!

Таким образом, любой специалист и даже сам пациент, его окружение могут заподозрить наличие перелома у пациента!

И, конечно, специалист в таких ситуациях обязан назначить лечение не только в отношении перелома, но и для предотвращения повторных переломов, то есть необходимо лечить остеопороз!

Лечение остеопороза

Можно долго говорить о профилактике остеопороза, о наиболее эффективных методах его диагностики, но если у человека случился низкотравматический перелом, то это самое яркое, самое точное доказательство несостоятельности его скелета. И такой пациент, безусловно, нуждается в лечении остеопороза.

Сегодня существует четкий алгоритм, как врачу вести пациента с переломом.

Прежде всего, необходимо уточнить, был ли этот перелом низкотравматическим - то есть человек упал с высоты собственного роста

или ниже? Если да, этот перелом оказался низкотравматическим, тогда пациент направляется или к специалисту по остеопорозу, или в специализированный центр профилактики остеопороза, или же ему сразу назначается лечение остеопороза.

Как же нужно лечить пациентов после перелома?

Предварительно необходимо:

- ◆ определить уровень витамина D;
- ◆ определить минеральную плотность кости;
- ◆ оценить факторы риска переломов.

Какой препарат можно назначить сразу после перелома? Как он будет влиять на консолидацию перелома? Как долго нужно лечить таких пациентов? Все эти вопросы возникают у доктора при определении тактики ведения пациента.

Чтобы выбор был оптимальным, специалисты учитывают *основные фазы консолидации перелома*:

- ▶ фаза воспаления;
- ▶ фаза формирования хрящевой и костной мозоли;
- ▶ костное ремоделирование.

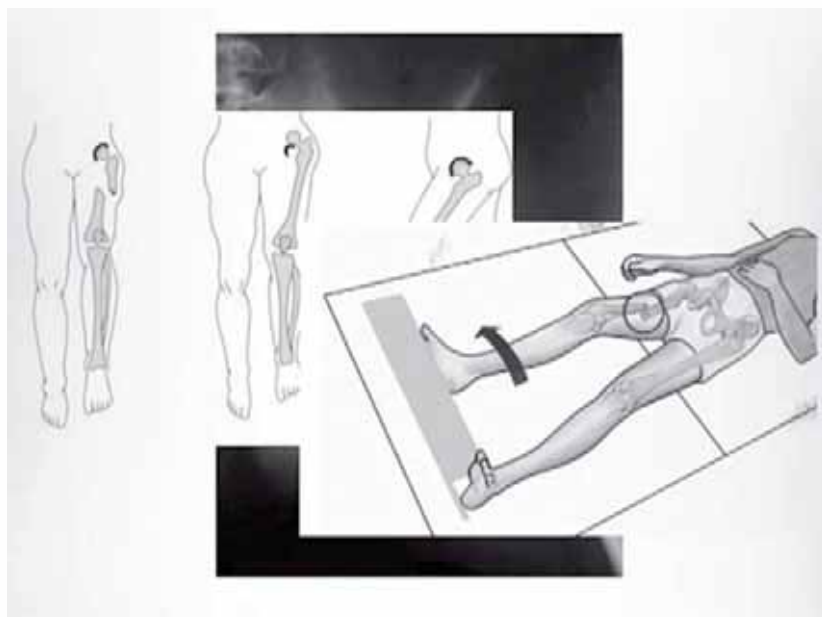
Препараты для лечения остеопороза принципиально никак не влияют на фазу воспаления. Тем не менее врач исключает возможный негативный эффект от назначения нестероидных противовоспалительных средств или глюкокортикостероидов. Учитывает, что на фазе формирования костной мозоли хороший эффект дает костно-анаболическая терапия, или то, что только на фазе ремоделирования костной ткани мы можем назначить антирезортивную терапию, когда костная мозоль становится тоньше.

Однако у пожилых людей часто встречается такая проблема, как **отсроченное заживление перелома**. Перелом долго не заживает, когда у пациента существуют определенные факторы риска:

- значительное повреждение мягких тканей во время перелома;
- сахарный диабет;
- заболевания сосудов;

У пожилых людей часто встречается такая проблема, как отсроченное заживление перелома.

Перелом долго не заживает, когда у пациента существуют определенные факторы риска.



● прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВП);

● прием глюкокортикостероидов.

Как долго лечить пациентов после перелома? Практика показывает, что лечение:

◆ пероральными бисфосфонатами может продолжаться *от пяти до десяти лет*;

◆ внутривенными бисфосфонатами - *от трех до десяти лет*;

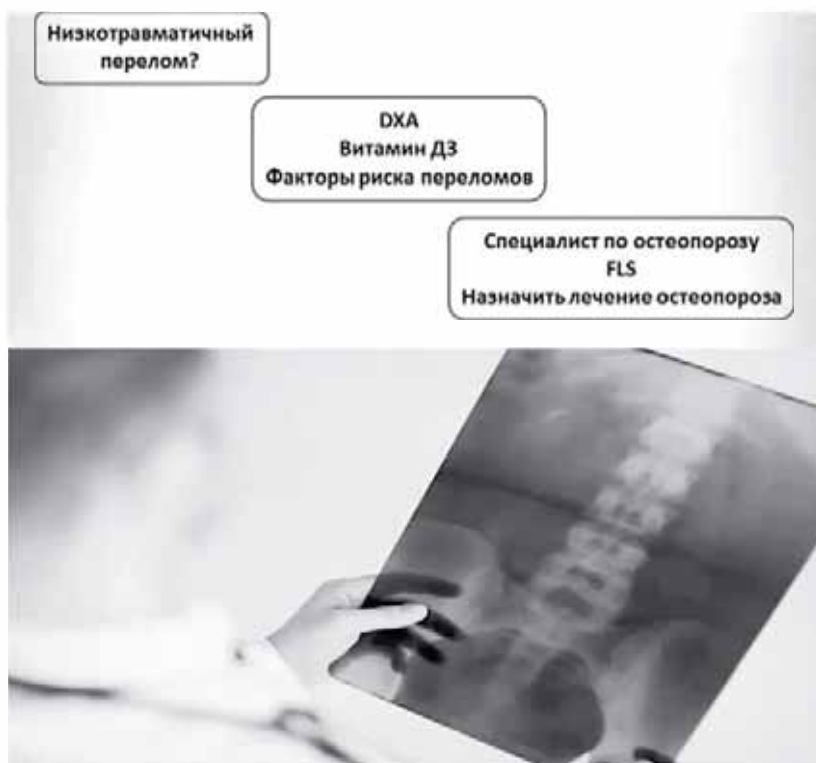
◆ при лечении Деносумабом подкожно - *десять лет*;

◆ максимальная разрешенная продолжительность приема гормона Терипаратид - *два года*.

Любой препарат для лечения остеопороза назначается с одновременным приемом кальция (Ca⁺) и витамина D.

Если на фоне приема любого лекарственного препарата для лечения остеопороза случится повторный перелом - это яркое доказательство, неэффективности выбранной терапии, поэтому препарат нужно менять на лекарственный препарат другого класса.

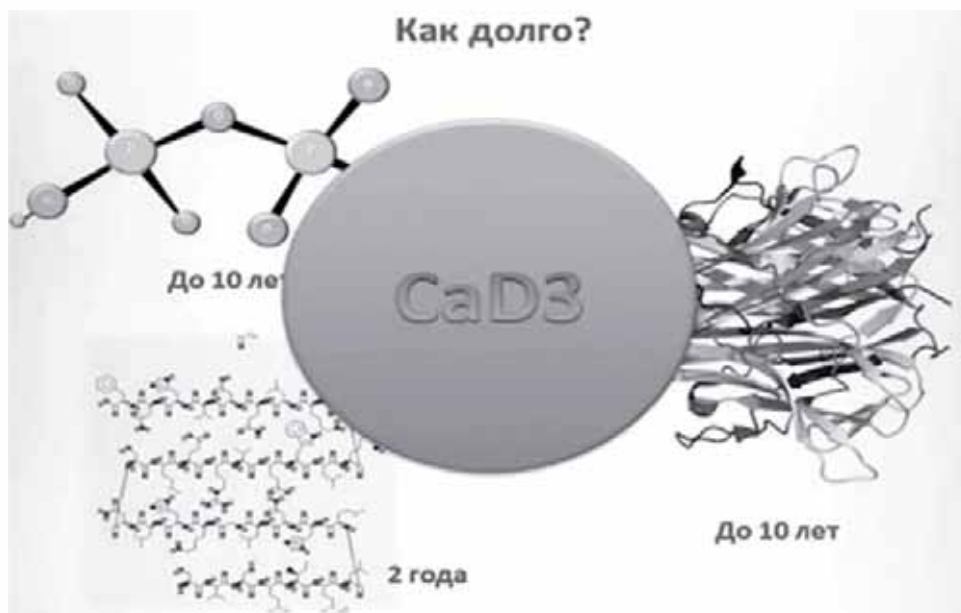
Очень важно поставить на пути остеопороза мультидисциплинарную команду из специалистов разного профиля, которые будут не только выявлять остеопороз, вовремя назначать лечение перелома, но и своевременно проводить профилактику повторных переломов.



Конечно, если учитывать всё вышеперечисленное, мы вполне можем избежать участи вымерших от остеопороза мамонтов! Недаром Международная служба профилактики повторных переломов выбрала своим лозунгом девиз «Хватит одного!», имея в виду, что хватит только одного перелома.

И каскад переломов может и должен быть остановлен! ☹

Любой препарат для лечения остеопороза пациенту назначается с одновременным приемом кальция (Ca⁺) и витамина D.





Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

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



Евгения Юрьевна ШМАКОВА,



Сергей Алексеевич КАДОМЦЕВ

- студенты первого курса отделения «медико-профилактическое дело» КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Медицинский взгляд на нанесение татуировки

Татуировка. Сегодня это звучит заманчиво, ведь татуировка «в моде». Но полезна ли она для здоровья? Как может отреагировать организм на ее нанесение?

Коротко о тату

Татуировка (тату, наколка) - это процесс нанесения перманентного (стойкого, постоянного) рисунка на тело, выполняемого методом местного травмирования кожного покрова с внесением в дерму красящего пигмента.

Чернила, используемые при татуировке, обычно **состоят** из трех основных компонентов:

- ▶ черные или цветные пигменты;
- ▶ растворители или диспергаторы, такие, как вода или спирт, в которых растворяются пигменты;
- ▶ консерванты или загустители.

После татуировки в дерме оседают небольшие шарики цветных пигментов. Тело переносит дополнительные вещества цвета, которые могут откладываться в разных частях организма.

Возможные осложнения

Реакция организма на краску для нанесения татуировки, в составе которой может содержаться ртуть, кадмий, кобальт, хром и другие натуральные и химические компоненты, может быть непредсказуема.

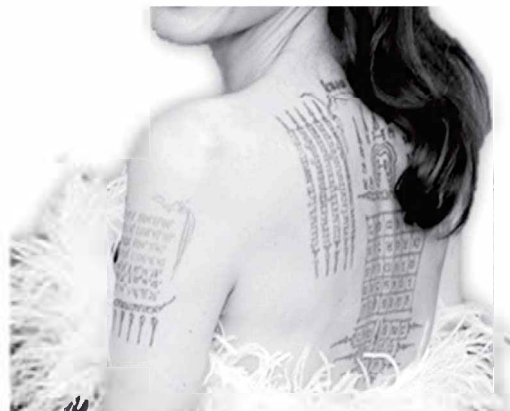
Причем аллергия и воспаление от инородного тела не обязательно про-

явятся сразу - организм может отреагировать спустя несколько дней, недель и даже лет.

Самыми опасными, не без основания, считаются татуировки, сделанные на глазном яблоке. В этом случае есть риск потери зрения. Подобная процедура уже запрещена в ряде штатов США. Однако, в некоторых случаях тату на глазу, можно сказать, оправданно: например, при бельме на глазах, дефектах глаза и других ситуациях, когда татуировка призвана маскировать имеющийся дефект.

Воспаление на коже часто возникает при нарушении стерильности во время нанесения татуировки, правил гигиены и соответствующего ухода после завершения процедуры.

Аллергия возникает на компоненты краски, причем, как мы отметили выше, это может случиться даже спустя годы. И не обязательно причина этого кроется в плохом качестве краски - скорее виновата индивидуальная чувствительность к компонентам красителя. Так, наиболее частыми реакциями на татуировки являются аллергические реакции на красные пигменты и хронические воспалительные реакции - на черные татуировки.



Антитабачный закон по годам

Всемирный день без табака отмечается 31 мая, а десять лет назад вступил в силу Закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

2013 год

Началом современной антитабачной кампании в России принято считать 2008 год. Именно тогда наша страна присоединилась к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.

Как именно бороться с вредной привычкой в России, сформулировали спустя пять лет: **1 июня 2013 года вступил в силу закон, ограничивающий курение.** Новые правила запретили дымить на территории образовательных, медицинских, спортивных и культурных учреждений. Местами, свободными от никотина, также объявили детские площадки, лестничные клетки и лифты. Тогда же курить стало нельзя на судах дальнего плавания, в пригородных и дальних поездах, на заправочных станциях. В дополнение к этим мерам на телевидении стали показывать предупреждение о вреде курения перед фильмами со сценами употребления табака, а рекламу сигарет в любом проявлении полностью запретили.

2014 год

Антитабачное законодательство ужесточили уже в следующем, 2014 году. **С 1 июня россиянам запретили курить** на железнодорожных платформах пригородного сообщения. При этом пассажиров дальнего следования запрет не коснулся: они по-прежнему могли затянуться на перроне во время останковки. Также с этого времени запретили курить в общежитиях и гостиницах, торговых помещениях, на рынках, в кафе, барах, рестора-

нах. Владельцев таких заведений обязали извещать клиентов о запрете курения с помощью специальных знаков.

Серьезные ограничения коснулись и торговой сферы. Сигареты исчезли из киосков и специальных автоматов, с ярмарок и выставок. Магазины обязали закрыть от глаз витрины с табачными изделиями. Выбирать такой товар стало можно только по специальным каталогам.

2015 год

Но принятых мер оказалось недостаточно. Бизнес стал массово выпускать сосательный, жевательный табак, так называемые снюс, насвай. В ответ на это в конце 2015 года **в антитабачный закон внесли поправки, запрещающие оптовую и розничную реализацию сосательного табака.** За нарушение этой нормы ввели штрафы: 2-4 тысячи для граждан, 7-12 тысяч для должностных лиц и 40-60 тысяч для организаций.

2016-2020 годы

Госдуме и Совфеду пришлось держать удар перед серьезным вызовом. Табачное лобби стало использовать всё более изощренные способы, чтобы не позволить людям «слезть с никотиновой иглы». Принятые антитабачные меры пытались обойти теперь уже с помощью электронных сигарет и вейпов. Поэтому в 2020 году **запрет еще расширили**, добавив к снюсам «никотиносодержащую продукцию, предназначенную для жевания, сосания, нюханья».



Иногда происходит **травмирование родинок**, что очень опасно ростом и перерождением невуса. Черные татуировки с папуло-узелковой реакцией следует рассматривать как маркеры **саркоидоза**. Папуло-узелковые реакции могут действовать как триггеры, вызывая широко распространенные реакции («феномен спешки») в зависимости от индивидуальной предрасположенности. Саркоидоз имеет 500-кратное увеличение папуло-узелковых реакций по сравнению с его распространенностью в общей популяции, и эта связь саркаидоза с черными татуировками сильная.

Часто происходит **инфицирование стафилококками** и другими бактериями, **вирусами** (гепатита, ВИЧ, вирусом папилломы человека).

Последствия нанесения татуировок также проявляются в **длительно незаживающих ранах, дискомфорте и болевых ощущениях.**

Поддаться модному влечению и нанести татуировку или воздержаться от этого - решать только вам. ☹



Безопасное поведение на дорогах детей с РАС

Многие родители детей с расстройствами аутистического спектра беспокоятся о соблюдении правил безопасности на дороге своими детьми, которые часто не осознают возможную опасность, связанную с переходом дороги, и им необходимы дополнительные меры, чтобы они понимали и применяли безопасное поведение пешехода.

Учим слово «Стоп!»

Приступая к обучению ребенка безопасному поведению на дороге, необходимо, прежде всего, **научить его слову «СТОП!»**. Из-за особенностей восприятия окружающего, проблем с анализом ситуации ребенок может не замечать реальных опасностей. Он может переходить улицу перед проезжающей машиной, перебегать через дорогу, не замечая двигающийся транспорт, идти просто по прямой, не обращая внимания на дорожную разметку и светофор.

Начинать обучение необходимо в безопасных условиях, на простых действиях и в игровых условиях.

Нарисуйте вместе запрещающий знак «СТОП!». На простых действиях (передвигаемся по комнате до стены, «везем машинку до гаража» и другое), повторяем каждый раз, проговаривая и показывая картинку «Стоп!».

Использование данной методики требует тренировки в течение нескольких дней, чтобы закрепился навык. Затем применяем этот метод в других условиях. Например, заканчивая прогулку на улице, игру с мячом и т.д.

Знакомство с правилами дорожного движения, воспитание культуры поведения на улице следует проводить в комплексе, не допуская перегрузки детей излишней информацией и учитывая состояние здоровья и настроение ребенка.

Прежде чем перейти к обучению ребенка правилам дорожного движения, необходимо заранее:

- ◆ *дать детям представления о различных видах транспорта через рассматривание картин («Транспорт», «Улица нашего города», «Дети и дорога» и т.д.), просмотр видеороликов; наблюдения на экскурсиях, беседы, разучивание стихотворений, чтение рассказов;*

- ◆ *научить понятиям «левая, правая сторона», то есть ориентировка в окружающем пространстве; привлекать ребенка к составлению планов, схем участка, дороги;*

- ◆ *учить рисовать, лепить, изображать в аппликации различные виды транспорта, соблюдая их форму, соотношение величины;*



Лариса Валерьевна ГОЛОВАНОВА,
педагог-психолог
КГБУ «Алтайский краевой
центр психолого-
педагогической и медико-
социальной помощи»



Пешеходам разрешается ходить только по тротуарам, придерживаясь правой стороны; при отсутствии тротуара пешеходы могут идти по пешеходной дорожке.

◆ *играть с использованием конструктора, формируя интерес к созданию разнообразных зданий и сооружений из строительного материала* (как напольного, так и настольного): вместе с детьми вначале сооружают различные конструкции в соответствии с их назначением (мост для пешеходов, мост для транспорта), учить планировать процесс возведения построек, которые объединены общей темой (улицы, машины, дома); знакомить с разнообразными пластмассовыми конструкторами; учить создавать различные модели (здания, самолеты, поезда) по рисунку, по собственному замыслу;

◆ *продолжать развивать координацию движений и ориентировку в пространстве*; учить детей ездить на велосипеде по прямой, по кругу, змейкой, тормозить, свободно кататься на самокате.

Что нужно знать о дорожном движении **Какими знаниями и умениями должен овладеть ребенок?**

Правила светофора: красный свет - дороги нет, желтый свет - предупреждение, зеленый свет - путь открыт. Ребенок должен знать, что даже при зеленом сигнале светофора прежде, чем начать переход, следует убедиться в его безопасности!



Пешеходный переход - «зебра» - разрешает переходить дорогу только в обозначенных местах (если есть подземный или надземный переход, то следует воспользоваться им). Там, где нет указателя перехода «зебры», - необходимо убедиться в безопасном переходе (посмотреть налево, затем направо и, убедившись в отсутствии опасности, переходить дорогу).

Пешеходам разрешается ходить только по тротуарам, придерживаясь правой стороны; при отсутствии тротуара пешеходы могут идти по пешеходной дорожке.

Прежде чем идти с ребенком на прогулку, родитель должен заранее выбрать наиболее безопасный маршрут. При проведении прогулки обязательно должен быть сопровождающий.

На прогулке при знакомстве с транспортом необходимо обращать внимание детей на следующие требования:

● ждать транспорт нужно на специальных площадках (остановках), а там, где их нет, - на тротуаре;

● при выходе из транспорта следует искать пешеходный переход.

При наличии пешеходного перехода необходимо дойти до него и, убедившись в безопасности, переходить дорогу на зеленый сигнал светофора.

Знакомя детей с транспортом, **родитель должен учить правильно вести себя в транспорте:** входить спокойно, не шуметь, не бежать на свободные места, разговаривать спокойно, не мешая другим пассажирам, не отвлекать водителя, не высовываться из окна.

В процессе ознакомления с правилами дорожного движения, культурой поведения на улице и в транспорте **родитель знакомит ребенка и с дорожными знаками.** Существует множество знаков дорожного движения. Однако детей с расстройствами аутистического спектра вначале знакомят с минимумом жизненно необходимых дорожных знаков, способствующих воспитанию грамотного пешехода и культурного пассажира.



В обучении безопасному движению на дорогах детей с расстройствами аутистического спектра предлагаются специальные методики, особый подход.

Предлагаем несколько вариантов обучения.

Первый вариант

Можно научить ребенка переходить улицу вместе с взрослым и учить ребенка правилам перехода дороги (которые включают правило «спроси у взрослого»). Хотя мы не ожидаем, что он будет переходить дорогу один, мы надеемся научить его осознанному отношению к этой ситуации.

«Переход дороги»

Шаг первый: последовательность. Взрослый дает инструкцию «Покажи мне, как перейти дорогу» и карточки с фразами. Ребенок раскладывает карточки с фразами в правильном порядке. Взрослый: «Расскажи мне, как перейти дорогу». Ребенок читает карточки.

Материалы (карточки с фразами):

- ▶ «Стой»;
- ▶ «Возьми за руку»;
- ▶ «Посмотри в обе стороны»;
- ▶ «Спроси взрослого, можно ли переходить».

Шаг второй: переход улицы по-нарошку (практикуется во дворе дома). Взрослый: «Давай перейдем дорогу». Ребенок берет взрослого за руку и говорит: «Держи меня за руку».

Шаг третий: в естественной среде. Так же, как и второй шаг, но практикуется на настоящем переходе (тихой) улицы.

«Идти вместе»

Взрослый говорит: «Идем со мной». Ребенок проходит целевое расстояние рядом с инструктором.

Второй вариант

Подготовьте изображения людей, находящихся в опасных ситуациях, а затем - этих же людей, которые находятся уже в альтернативных, безопасных ситуациях (например, кто-то стоит посреди дороги или тот же человек стоит на



асфальте). Научите ребенка сортировать изображения людей по признаку «Безопасно» и «Опасно».

Затем вы можете обучать ребенка отвечать на вопросы о том, почему это поведение опасно и что можно делать вместо этого (используйте «безопасные» изображения как подсказки). Вы можете выбрать в качестве цели ситуации, с которыми у данного ребенка возникают проблемы, а также моделировать другие ситуации.

После обучения основам можно **проверить понимание правил ребенком, задавая вопросы в естественной ситуации:** например, при переходе дороги спросите «Можно ли выбежать на дорогу?» Ученик должен ответить: «Нет». Затем спросите «Почему нет?».

Обобщите данный навык, создавая ситуации, когда другие люди ведут себя небезопасно. Научите ребенка определять неправильное поведение у других, а затем определять безопасное альтернативное поведение.

Третий вариант

Вы можете попробовать **метод видеомоделирования.**

Необходимо сделать видеозапись с точки зрения именно ребенка. Например, камера останавливается у перехода, затем поворачивается налево, потом - направо, затем перед

Существует множество знаков дорожного движения. Однако детей с РАС вначале знакомят с минимумом жизненно необходимых дорожных знаков, способствующих воспитанию грамотного пешехода и культурного пассажира.



В вопросах соблюдения детьми правил дорожного движения, культуры поведения в транспорте родители должны быть примером, поэтому на них лежит большая ответственность.

камерой на несколько секунд появляется пустой лист бумаги. Повторите этот алгоритм несколько раз. Вы должны записать ситуации, когда безопасно переходить (машин не видно или они действительно очень далеко), а также когда небезопасно переходить (приближаются машины) проезжую часть дороги.

Необходимо просматривать эту видеозапись с ребенком, обучая его, повторяя, когда безопасно, а когда опасно переходить дорогу. Вам нужно записать серию безопасных и серию небезопасных ситуаций, чтобы продемонстрировать разницу ребенку, а затем учить его дискриминации между двумя видами ситуаций.

Для обобщения вы можете попросить встать ребенка в другом конце комнаты и пересечь воображаемую дорогу, когда на видеозаписи показывается безопасная ситуация. Для обобщения в реальных условиях инструктор может встать с ним у того же перехода, где снималось моделирующее видео, после чего ребенок должен посмотреть налево, потом - направо и сказать инструктору можно переходить дорогу или нет.

Для обобщения этого навыка вам может потребоваться делать несколько записей на разных переходах.



Четвертый вариант

Вы можете снять видео с помощью братьев или сестер, других родственников или друзей. **Вы можете снять на видео знакомые для ребенка ситуации**, даже снять реальные улицы, по которым он точно будет ходить.

Пятый вариант

Существует метод, который включает в себя **систему жетонов**. Перед тем как переходить дорогу с ребенком, мы договариваемся о поощрении, проговариваем, какое поведение награждается жетоном, а за какое - жетоны снимаются. Затем мы просим ребенка пройти дорогу до места, где он получит поощрение (например, ларек с мороженым). Мы всегда начинаем с места, дойти до которого можно лишь перейдя дорогу несколько раз.

Вы не обращаете внимания на заработанные жетоны, пока не доходите до нужного места, чтобы гарантировать, что ребенок действительно будет внимателен, и это не просто реакция на вербальное поощрение или напоминание. Гораздо лучше, если ребенок в курсе, что нужно делать, чтобы получить поощрение, потому что его поощрение определяется безопасным и приемлемым поведением по дороге к месту получения поощрения.

Эффективность данного подхода зависит от уровня сформированности навыков ребенка.

Шестой вариант

Вы можете обучать безопасному поведению на дорогах **с помощью упражнения на последовательность**, предлагая три сценария:

- ▶ посмотреть в обе стороны - машин нет - пересечь дороги - человек в безопасности на другой стороне дороги;
- ▶ посмотреть в обе стороны - приближается машина - подождать - затем пересечь - безопасность на другой стороне дороги;
- ▶ человек забывает посмотреть - его сбивает машина.



Можно использовать фотографии кого-нибудь, кто выполняет первые шаги, а для изображения наезда можно использовать фотографию из СМИ, где кто-то ранен или получил травму. Изображения можно использовать различным образом: например, выбрать «что ты должен делать» или «чего ты делать не должен».

Седьмой вариант

Метод распознавания движущихся или остановившихся, припаркованных машин с помощью игрушек или моделей.

Можно научить ребенка различать, какие машинки припаркованы, а какие игрушечные машинки едут (когда вы их двигаете). Ребенок может сказать или показать жестом, когда безопасно переходить дорогу (или перейти дорогу с помощью игрушечного человечка). Как только клиент продемонстрировал навык в таком формате, мы можем переходить к обобщению (с обучением) в реальных ситуациях с настоящей дорогой.

Восьмой вариант

Для детей, которые очень быстро улавливают эмоции взрослых, можно использовать такой метод.

Родители демонстрируют преувеличенное осторожное, испуганное поведение, когда приближается машина. Затем необходимо резко прыгнуть обратно на тротуар (первоначально ребенка держали за руку) или бежать на другую сторону, если мы уже были посреди дороги.

Пример родителей - один из основных факторов успешного воспитания у детей навыков безопасного поведения на дороге. Одно неправильное действие родителей на глазах у ребенка или вместе с ним может перечеркнуть все словесные предостережения. Поэтому родители не должны допускать спешки на проезжей части, бега через дорогу к автобусу, разговоров о постороннем во время перехода дороги, движения на красный сигнал светофора.



Для эффективного обучения

Важно помнить правила работы с детьми с расстройствами аутистического спектра:

1. Принимать ребенка таким, какой он есть.
2. Исходить из интересов ребенка.
3. Строго придерживаться определенного режима и ритма жизни ребенка.
4. Соблюдать ежедневные ритуалы (они обеспечивают безопасность ребенка).
5. Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребенка, свидетельствующие о его дискомфорте.
6. Как можно чаще разговаривать с ребенком.
7. Обеспечить комфортную обстановку для общения и обучения.
8. Терпеливо объяснять ребенку смысл его деятельности, используя четкую наглядную информацию (схемы, карты и т.п.)
9. Избегать переутомления ребенка.

В вопросах соблюдения детьми правил дорожного движения, культуры поведения в транспорте родители должны быть примером, поэтому на них лежит большая ответственность.

При соблюдении данных условий можно выработать у детей необходимые навыки культуры поведения на улице, ту дисциплинированность, которая побуждает их подчиняться порядку. ☺

Родители не должны допускать спешки на проезжей части, бега через дорогу к автобусу, разговоров о постороннем во время перехода дороги, движения на красный сигнал светофора.



Виктор Борисович Гервазиев. Жизнь и творческий путь профессора



В рамках Всероссийской культурной акции «Ночь музеев» в мае 2023 года в Музее АГМУ и истории медицины Алтая прошло открытие мемориального кабинета кафедры госпитальной хирургии в честь основателя кафедры профессора Анатолия Витальевича Овчинникова и заведующего кафедрой с 1971 год по 1999 год Виктора Борисовича Гервазиева.

Виктор Борисович ГЕРВАЗИЕВ родился 15 августа 1929 года в г. Константиновка Донецкой области (Укра-

ина). Школьные годы его прошли в селе Чесма Челябинской области, где семья жила в эвакуации, затем - в городе Черновцы, куда после войны направили Бориса Александра Гервазиева (он был финансовым работником). Школу Виктор Борисович окончил с золотой медалью.

После окончания школы поступил в медицинский институт в Черновцах, который с отличием окончил в **1951 году**. За время обучения специализировался по хирургии. **С 1951 по 1954 год** проходил клиническую ординатуру на кафедре общей хирургии.

С 1954 по 1960 год Виктор Борисович работал ассистентом кафедры общей хирургии медицинского института в Черновцах. **В 1958 году** защитил кандидатскую диссертацию на тему «Экспериментальные материалы к вопросу о роли нервной системы в патогенезе хирургического сепсиса».

В 1960 году Виктор Борисович Гервазиев переехал в Барнаул, где был принят на должность ассистента кафедры госпитальной хирургии в Алтайском государственном медицинском институте.

В 1962 году Гервазиев стал доцентом, а **с 1968 года** - профессором кафедры. Здесь Виктор Борисович Гервазиев прошел хирургическую школу под руководством заведующего кафедрой профессора **Анатолия Витальевича ОВЧИННИКОВА**.

В 1970 году Виктор Борисович Гервазиев защитил докторскую диссертацию на тему «Вопросы патогенеза и хирургического лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей». **С 1970 по 1974 годы** был проректором по научной работе АГМИ. **С 1971 по 1999 год** Виктор Борисович заведовал кафедрой госпитальной хирургии вуза. **С 1979 по 1988 год** занимал должность ректора АГМИ.

Виктор Борисович Гервазиев - автор 236 печатных работ, 3 монографий, 25 авторских свидетельств на изобретения, научный руководитель 6 докторских и 20 кандидатских диссертаций. Организатор создания первого отделения сосудистой хирургии в Алтайском крае.



Семья Гервазиевых, 1960-е годы



Начало научного пути В.Б. Гервазијева



Ректор АГМИ им. Ленинского комсомола (1979-1988 годы)

Во время ректорства Виктора Борисовича Гервасиева в АГМИ имени Ленинского комсомола были открыты факультет усовершенствования врачей, научно-исследовательская лаборатория, 11 новых кафедр, консультативные поликлиники для жителей края. Начато строительство нового учебного корпуса на улице Папанинцев. В учебный процесс института начали внедряться современные компьютерные технологии.

В 1989 году АГМИ имени Ленинского комсомола являлся головным вузом в СССР в области разработки и внедрения учебных программ в медицинских учреждениях высшего образования. Были созданы первые программы дистанционной диагностики, которые для аграрного региона имели большое значение. В период своей работы ректором медвуза В.Б. Гервасиев расширил сотрудничество с органами практического здравоохранения. Была внедрена курация районов края опытными ассистентами доцентами-хирургами. Осуществлялись выезды специалистов для оказания практической помощи в города и ЦРБ. Сформированы хирургические центры: сосудистый, гастроэнтерологический, гепатологический, которые координировали работу хирургов края.

Ежегодно проводятся совместные конференции хирургов в городах и районах Алтайского края. Профессор Гервасиев - основоположник формирования программ и тем научных исследований с комплексированием кафедр, прежде всего, - программы ангиологии и гемостаза.

Работа на кафедре...

На Алтае Виктор Борисович начинал научную и лечебную работу в клинике госпитальной хирургии под руководством заведующего кафедрой профессора Анатолия Витальевича Овчинникова.

В 1971 году В.Б. Гервасиев был избран на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии. Ее основные клинические базы тогда распола-



Кафедральное заседание, 1979 год



В.Б. Гервасиев впервые в Алтайском крае применил метод ангиографии аорты и ее ветвей, 1970 год

гались в краевой больнице и в городской больнице скорой медицинской помощи. На базе БСМП велось преподавание субординаторам, а в последующем - интернам и клиническим ординаторам.

Виктор Борисович Гервасиев - специалист в разных сферах хирургии. Его твердый характер и воля проявились особенно ярко, когда делались первые шаги в освоении большой сосудистой хирургии на Алтае, первопроходцем которой он и был.



Коллектив клиники госпитальной хирургии, 1970-е годы

...и в клинике

На базе краевой больницы формировался центр сосудистой хирургии, где работали доцент **В.Ф. Черненко**, ассистенты **В.М. Быков**, **Н.Г. Хорев**, **О.И. Коллобова**, **А.А. Карпенко**. В отделении сосудистой хирургии под руководством профессора В.Б. Гервасиева начали изучать проблематику облитерирующего тромбангиита, флеботромбоза, варикозной болезни.

Виктор Борисович Гервасиев разработал оригинальную концепцию патогенеза, в которой важное значение придавалось региональной ортостатической артериальной гипертензии в нижних конечностях с неадекватной спастической компенсаторной реакцией артерий. Проведенные под его руководством оригинальные по замыслу исследования патогенеза облитерирующего тромбангиита, раскрывшие участие в его развитии микроциркуляторных, иммунных и других механизмов, позволили разработать и внедрить в широкую практику метод артериальной регионар-



К 70-летию юбилею АГМУ

ной инфузии лекарственных смесей патогенетически направленного действия с использованием лекарственной микроэмболии гидрокортизоном.

Начато наложение микрососудистых анастомозов на артериях голени. Исследованы различные варианты артериальной инфузии дезаргентами при заболеваниях артерий нижних конечностей. Внедрены протезирующие операции при облитерирующем атеросклерозе. Оригинальная технология катетеризации аорты, предложенная ассистентом **В.М. Быковым**, прошла апробацию в клинике академика **А.А. Шалимова**.

Виктор Борисович Гервазиев разработал первый в России **кава-фильтр «волан»** для постоянной и временной эндоваскулярной профилактики ТЭЛА с возможностью имплантации по месту первичной госпитализации больного (1995 год). Этот фильтр использовался для эндоваскулярной профилактики



Резекция желудка. Оперирует профессор В.Б. Гервазиев, Г.А. Миллер, В.Г. Лубянский, 1975 год

ТЭЛА на протяжении 20 лет. Он нашел применение не только в рамках изолированной профилактики, но и при использовании чрескатетерного интратромбального «защищенного» тромболитика при остром тромбозе магистральных вен нижних конечностей. По тем временам это были прорывные направления флебологии.



Кафедра госпитальной хирургии, 2006 год. Верхний ряд, слева направо: С.В. Насонов, А.Г. Михайлов, О.И. Колобова, В.В. Кривошеков. Нижний ряд: А.Р. Алиев, А.А. Карпенко, В.Б. Гервазиев, В.Г. Лубянский, В.Ф. Черненко



Коллектив кафедры, 1979 год. Верхний ряд, слева направо: В.М. Быков, В.Г. Лубянский, А.Я. Рыженков. Нижний ряд: А.Ф. Шарапова, В.Б. Гервазиев, В.И. Оскретков, А.П. Перфильев, В.Ф. Черненко

В.Б. Гервазиевым был предложен **метод оперативного удаления тромбоза легочного ствола и легочных артерий при массивной острой ТЭЛА трансстернальным доступом с использованием шлюз-протеза** (1996 год). В хирургии болезней вен Гервазиевым предложены **клапан бедренной вены**, имевшей оригинальную конструкцию, **метод скрытого выключения большой подкожной вены нижней конечности при варикозной болезни** (1996 год), **метод скрытого разобщения перфорантных вен нижних конечностей при хронической венозной недостаточности** (1999 год). На Алтае эти операции были выполнены одними из первых в России.

В то время в общей хирургии краевой больницы вследствие внедрения плановой санации больных с гастродуоденальными язвами ежегодно оперировали до 200 больных с язвенной болезнью. На операциях Виктор Борисович всегда был собран, никогда не терял самообладания, зачастую действуя нестандартно.

В клинике под руководством профессора Гервазиева **начато внедрение органосохраняющих операций** (профессор **В.Г. Лубянский**). Исследованы **стандартные варианты СПВ, расширенные СПВ, СПВ в сочетании с коррекцией хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП)** путем наложения продольно-поперечного дуоденоюнонального анастомоза с десимпатизацией желудочно-двенадцатиперстной артерии (1995 год). В.Б. Гервазиевым предложена **прекардиальная проксимальная ваготомия в лечении осложненных дуоденальных язв** (1986 год).

В клинике **внедрены методы исследования желудочной моторики и секреции. Исследовалось желудочное кровообращение.** Под руководством профессора Гервазиева заведующим отделением санитарной авиации краевой больницы **Н.Ф. Герасименко** разработана тактика хирурга-консультанта отделения санитарной авиации при желудочных кровотечениях.



В общей хирургии Виктор Борисович предложил оригинальную модификацию пищеводно-кишечного анастомоза, впервые в Сибирском регионе выполнил декомпрессию чревного столба (метод диафрагмальной декомпрессии чревного ствола при чревном нейроишемическом болевом синдроме, 1987 год). Эта сфера в последующем разрабатывалась профессором В.Г. Лубянским. Накопленный ими большой материал по хирургическому лечению чревного нейроишемического болевого синдрома был обобщен в одноименной монографии, одной из первых в России по данной теме.

Последние годы Виктор Борисович Гервазиев трудился в сфере хирургической гастроэнтерологии. Под его руководством проводилось исследование роли симпатической регуляции в генезе постваготомического гастростаза, болевого синдрома, малоинвазивной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (2006 год). Продолжено изучение чревного нейроишемического болевого синдрома с разработкой технологии транслюмбальной пункции и катетеризации и медикаментозного воздействия на проводники чревного сплетения (проф. В.Б. Гервазиев, **В.В. Бускин**, доц. **А.Г. Михайлов**). Проведено исследование эффективности сочетанной длительной медикаментозной блокады чревного сплетения с видеолaparоскопической ваготомией (**И.В. Аргучинский**). Изучена роль симпатической регуляции в генезе постваготомического гастростаза, болевого синдрома (В.Г. Лубянский, доц. А.Г. Михайлов).



Награды и звания В.Б. ГЕРВАЗИЕВА

Лауреат премии совета Министров РФ в области медицины (2006 год).

Награжден орденом Октябрьской Революции, орденом «Знак Почета».

Почетный профессор АГМУ (1999 год), заслуженный деятель науки Российской Федерации (1996 год), заслуженный врач Российской Федерации, «Отличник здравоохранения» (СССР), член Нью-Йоркской академии наук (1997 год).



Профессор В.Б. Гервазиев с субординаторами-хирургами на семинаре, 1978 год

Предложены новый принцип реоартериоорганогграфии при реографическом исследовании артериального кровоснабжения органов, методы реоартериогастрографии, реоартериогастрографии, реоартериосистографии (проф. В.Б. Гервазиев, доц. А.Г. Михайлов, 2007 год), **медикаментозный блок чревного сплетения в лечении больных с острым панкреатитом** (проф. В.Б. Гервазиев, проф. В.Г. Лубянский, асс. А.М. Яцын, 2004 год).

Научная работа

В работе профессор Гервазиев всегда был принципиален, и это создавало дополнительные проблемы, так как он редко шел на компромиссы. Это человек с высокой эрудицией в вопросах хирургии, владеющий английским языком, хорошо знающий отечественную и зарубежную литературу по основным научным направлениям. В целом В.Б. Гервазиева можно назвать закрытым человеком, но для близких людей и сотрудников он был открыт.

В научной работе **он старался развивать взаимодействие с другими кафедрами**: госпитальной хирургии и пропедевтики внутренних болезней под руководством профессора З.С. Баркагана, патофизиологии, нормальной физиологии, госпитальной терапии. В работе заведующего кафедрой следует отметить свойственный Виктору Борисовичу новаторский подход к ведению как учебной, так и научной работы. Прежде всего, это касалось работы с субординаторами-хирургами. Все преподаватели кафедры дежурили в больнице скорой медицинской помощи. В.Б. Гервазиевым в АГМИ **внедрена система УНИРС**, которая реализовывалась на всех курсах, а завершалась проведением итоговых конференций в субординатуре. Виктор Борисович делал акцент на освоении практических навыков на всех кафедрах института. Для этого были введены соответствующая система и зачетная книжка практических навыков.

В субординатуре практиковались выезды субординаторов-хирургов в ЦРБ для знакомства с работой хирурга и оказания практической по-



К 70-летию юбилею АГМУ

мощи. Были сформированы специализированные студенческие медицинские отряды (про-ректор АГМИ **В.В. Федоров**), которые в период летних каникул вместе с опытными ассистентами выезжали в районные больницы для выявления доступных осмотров локализаций опухолей.

По страницам личной жизни

Виктор Борисович Гервазиев был любителем и тонким ценителем музыки. Он регулярно посещал фортепианные и скрипичные концерты в музыкальной филармонии, понимал оперное искусство. Эту любовь он пронес через всю жизнь. В конце трудовой деятельности Виктор Борисович организовал «клуб профессоров»,

в которых в процессе экспедиций на Алтае. В научной работе, посвященной сравнительной оценке ортостатической гипертензии у коренного и пришлого населения Алтая, он исследовал сосудистую реактивность. В последующем эта работа была продолжена сотрудниками кафедры и вылилась в оригинальные публикации.

По инициативе профессора Гервазиева **была построена лыжная база Алтайского государственного медицинского университета**. В бытность заведующим кафедрой и ректором Виктор Борисович мог пройти «десятку» с последующим чаепитием в кругу сотрудников. Он хорошо знал родную страну - от Москвы до Владивостока. Путешествовал в Азиатских круизах.

Бывая в Москве, он посещал клиники академиков Б.В. Петровского, В.С. Савельева, М.И. Кузина, знакомясь не только с хирургическими достижениями, но и изучая постановку учебного процесса. В последующем лидеры отечественной хирургии приезжали в Алтайский край. Так, академик Б.В. Петровский оперировал в краевой больнице.

Дети Виктора Борисовича Гервазиева продол-



Семья Гервазиевых: Виктор Борисович, сыновья Дмитрий и Юрий, жена Недли Ивановна, мать Таисия Николаевна, отец Борис Александрович

жили его дело. Старший сын **Дмитрий** - доцент Алтайского государственного медицинского университета, занимается терапевтическими проблемами. Младший сын **Юрий** пошел по научной стезе в области биологии и трудится в Москве в НИИ биохимии. У Виктора Борисовича трое внуков.

Виктор Борисович Гервазиев, доктор медицинских наук, профессор, почетный профессор АГМУ, заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный деятель науки Российской Федерации, ушел из жизни 24 декабря 2021 года. Он всегда являлся примером служения людям, выбранной хирургической специальности, служением своей Родине.

Светлая память о нем навсегда останется в сердцах его учеников, коллег и жителей Алтайского края. ☺



Профессор В.Б. Гервазиев, 2010 год

в котором наряду с обсуждением общественных проблем нередко звучала музыка.

Из других увлечений следует отметить его любовь к путешествиям. На Алтае любимым местом было Телецкое озеро, которое он проплыл с сыновьями на весельной лодке, а также - горы. В молодости он занимался альпинизмом, бывал в Теберде и Домбае, совершал восхождения на вершины Кавказа.

В походах Виктор Борисович был надежный товарищ. Развести костер, поставить палатку, оказать помощь - это было в его стиле. С ним путешествовали профессор **Ю.М. Дедерер**, профессор **Г.В. Трубников**. Виктор Борисович участвовал в научных исследова-



Встреча с ветеранами кафедры (профессор В.Б. Гервазиев и профессор В.Ф. Черненко), 2015 год



К 70-летию юбилею АГМУ

В мае 2023 года в Музее АГМУ и истории медицины Алтай состоялось открытие мемориального кабинета кафедры госпитальной хирургии в честь основателя кафедры профессора Анатолия Витальевича Овчинникова и заведующего кафедрой с 1971 года по 1999 годы Виктора Борисовича Гервазиева.



ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (234) июнь, 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 30.06.2023 г., фактически - 14:00 30.06.2023 г. Дата выхода: 04.07.2023 г.

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

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

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

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

Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

11 июня - Всероссийский день рассеянного склероза

Рассеянный склероз - заболевание молодых людей

Как распознать рассеянный склероз?



Утомляемость



Онемение
конечностей



Затруднения
при ходьбе



Нарушение сна
и головокружение



Снижение
чувствительности



Ухудшение зрения

сигналы серьезного заболевания



70 000
Пациентов с РС в России



30 ЛЕТ
Средний возраст начала
заболевания

Ошибочно ассоциируется с нарушениями памяти у пожилых людей

Поражает головной и спинной мозг, зрительные нервы

Приводит к глубокой инвалидизации

Первично-прогрессирующий рассеянный
склероз – один из типов течения, наиболее
быстро приводящий к инвалидности

Прислушайтесь к себе!

Только своевременное обращение к неврологу Центра рассеянного
склероза обеспечит уверенный контроль над заболеванием!

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Точные причины еще не установлены, но известны факторы риска:



Генетические
факторы



Неблагоприятная
экологическая
обстановка



Дефицит
витамина D



Инфекционные
заболевания



Образ жизни
(курение,
ожирение)