

МЕДИК СЕВЕРА



Газета Северного государственного медицинского университета



ОСОБЕННОСТИ ВАХТОВОГО ТРУДА В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

«... организм работников нефтегазовой отрасли в суровых климатических и неблагоприятных производственных условиях реагирует напряжением всех функциональных систем, которые в случае срыва могут приводить к развитию различных заболеваний»

стр. 3

ЗАПИСКИ ТУНДРОВОГО ВРАЧА

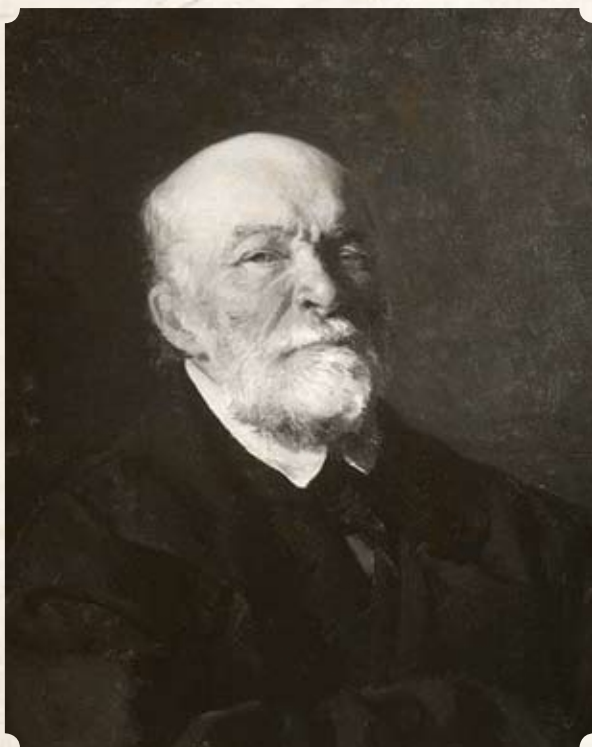
«Проблема состоит еще и в том, что на свои болячки оленеводы жаловаться не привыкли. Но я жил с ними и разделял тяготы их быта. Они стали доверять доктору. С ними нужно уметь разговаривать»

СТР. 5-6

ВРАЧ ПИРОГОВ ПРИШЬЕТ!

К 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Николай Иванович Пирогов (1810—1881) — российский хирург и анатом, педагог, общественный деятель, основоположник военно-полевой хирургии и анатомо-экспериментального направления в хирургии. Участник Севастопольской обороны (1854—1855), Франко-прусской (1870—1871) и Русско-турецких (1877—1878) войн. Впервые произвел операцию под наркозом на поле боя (1847), ввел неподвижную гипсовую повязку, предложил ряд хирургических операций. Вел борьбу с сословными предрассудками в области образования, выступал за автономию университетов и всеобщее начальное образование.



Когда Пирогов делал операции, родственники больного вставали перед его кабинетом на колени. А однажды во время Крымской войны солдаты принесли к госпиталю товарища, которому взрывом оторвало голову: «Врач Пирогов пришьет!» — не сомневались они.

Будущий великий врач Коля Пирогов родился 27 ноября 1810 года в Москве. Его отец служил казначеем. Иван Иванович Пирогов имел четырнадцать детей, большинство умерло в младенчестве; из шестерых, оставшихся в живых, Николай был самый юный.

Когда Николаю исполнилось четырнадцать лет, он поступил на медицинский факультет Московского университета.

Окончив университет одним из первых по успеваемости, Николай Пирогов направился для подготовки к профессорской деятельности в Юрьевский Университет в городе Тарту. В то время этот вуз считался лучшим в России. Здесь, в хирургической клинике, Пирогов проработал пять лет, блестяще защитил докторскую диссертацию и в двадцать шесть лет стал профессором хирургии.

Одно из ранних значительных сочинений Николая Пирогова — это «Хирургическая анатомия артериальных стволов и

фасций» (1837). Фасциями до Пирогова почти не занимались: знали, что есть такие волокнистые фиброзные пластинки, оболочки, окружающие группы мышц или отдельные мышцы, видели их, вскрывая трупы, натывались на них во время операций, рассекали ножом, не придавая им значения.

Николай Пирогов, изучив направление фасциальных оболочек, вывел определенные закономерности положения фасций относительно близлежащих сосудов, мышц, нервов и открыл определенные анатомические закономерности. В своем предисловии к этому труду Пирогов пишет: «С какой точностью и простотой, как рационально и верно можно найти артерию, руководясь положением этих фиброзных пластинок! Каждым сечением скальпеля разрезается известный слой, и вся операция оканчивается в точно

определенный промежуток времени». Вот тут-то и начинается новая наука, созданная Пироговым — топографическая анатомия.

В 1841 году Пирогов был приглашен на кафедру хирургии в Медико-хирургическую академию Петербурга. Здесь ученый проработал более десяти лет и создал первую в России хирургическую клинику. В ней он основал еще одно направление медицины — госпитальную хирургию.

В аудиторию, где он читал курс хирургии, набивалось человек триста, не менее: теснились на скамьях не только медики, послушать Пирогова являлись студенты других учебных заведений, литераторы, чиновники, военные, художники, инженеры, даже дамы. О нем писали газеты и журналы, сравнивали его лекции с концертами прославленной итальянки Анжелики Каталани, то есть с божественным пением сравнивали его речь о разрезах, швах, гнойных воспалениях и результатах вскрытий. Николая Ивановича Пирогова назначили директором Инструментального завода — это дало ему возможность придумывать инструменты, которыми любой хирург сделает операцию хорошо и быстро. На втором году петербургской

жизни Николай Пирогов тяжело заболел, отравленный госпитальными миазмами и дурным воздухом мертвецкой. Полтора месяца не мог подняться, жалел себя, растревлял душу горестными раздумьями о прожитых без любви годах и одинокой старости.

Он перебирал в памяти всех, кто мог бы принести ему семейную любовь и счастье. Самой подходящей из них оказалась ему Екатерина Дмитриевна Березина, девушка из родовитой, но обедневшей семьи. Состоялось торопливое скромное венчание.

Пирогову было некогда — великие дела ждали его. Он попросту запер жену в четырех стенах. А ей, наверно, было слишком много и слишком мало великого Пирогова. Екатерина Дмитриевна умерла на четвертом году супружества, оставив Пирогову двух сыновей. В тяжкие для Николая Пирогова дни горя и отчаяния случилось великое событие — был утвержден его проект первого в мире Анатомического института.

16 октября 1846 года знаменательная дата не только в истории хирургии, но и в истории человечества. В этот день впервые была произведена большая хирургическая операция под полным эфирным наркозом. Уже в следующем году Пирогов провел широкую экспериментальную и клиническую проверку обезболивающих свойств паров эфира. Он изучил их действие в опытах на животных (при различных способах введения), а также





ческого тела, с рисунками (анатомия описательно-физиологическая и хирургическая)» (1843—1848) и «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, проведенных в трех на направлениях через замороженное человеческое тело» (1852—1859) были удостоены Демидовской премии Петербургской академии наук и явились фундаментом топографической анатомии и оперативной хирургии.

на добровольцах, в том числе и на себе. Одним из первых в России он произвел под эфирным наркозом операцию удаление молочной железы по поводу рака, продолжавшуюся всего 2,5 минуты. В том же месяце впервые в мире он выполнил операцию под прямокишечным эфирным наркозом, для осуществления которого был сконструирован специальный аппарат. Результаты 50 оперативных вмешательств, проведенных им в больницах Петербурга, Москвы и Киева, он обобщил в докладах и монографической работе «Наблюдения над действием эфирных паров как болеутоляющего средства в хирургических операциях» (1847), имевших важнейшее значение в пропаганде нового метода в России и внедрении наркоза в клиническую практику. В июле - августе 1847 года Пирогов был командирован на Кавказский театр военных действий, где впервые применил эфирный наркоз в условиях действующих войск (при осаде укрепленного аула Салты). Результат был невиданный в истории войн: операции проходили без стонов и криков раненых. Пирогов писал: «Возможность эфирования на поле сражения неоспоримо доказана... Самый утешительный результат был тот, что операции, производимые нами в присутствии других раненых, нисколько не утешали, а, напротив того, успокаивали их в собственной участи». Всего великий хирург провел около 10 000 операций под эфирным наркозом.

Как-то раз, проходя по рынку, Николай Пирогов увидел, как мясники распиливают на части коровью тушу. Ученый обратил внимание на то, что на срезе хорошо видно расположение внутренних органов. Через некоторое время он испытал этот способ в анатомическом театре, распиливая специальной пилой замороженные трупы. Сам Пирогов это называл «ледяной анатомией». Так родилась новая медицинская дисциплина — топографическая анатомия. С помощью изготовленных подобным образом распилов Пирогов составил первый анатомический атлас, ставший незаменимым руководством для врачей-хирургов. Теперь они получили возможность оперировать, нанося минимальные травмы больному. Этот атлас и предложенная Пироговым методика стали основой всего последующего развития оперативной хирургии.

Классические труды Пирогова «Полный курс прикладной анатомии челове-

Пирогов первый среди отечественных ученых выступил с идеей пластических операций. Еще будучи совсем молодым хирургом в Риге он беззастенчиво выкроил новый нос. Потом была лекция в Петербургской академии наук «О пластических операциях вообще и о ринопластике в особенности». Впервые в мире выдвинул идею костной пластики, опубликовав в 1854 году работу «Костнопластическое удлинение костей голени при вылушении стопы». Его метод соединения опорной культи при ампутации голени за счет пяточной кости, известный как операция Пирогова, послужил толчком к разработке других остеопластических операций.

После смерти Екатерины Дмитриевны Пирогов остался один, а дома его ждали сыновья, Николай и Владимир. В небольшом кружке знакомых, где Николай Пирогов иногда проводил вечера, ему рассказали про двадцатидвухлетнюю баронессу Александру Антоновну Бистром, в разговоре ее называли «девушкой с убеждениями».

Пирогов сделал баронессе предложение. Она согласилась. Собираясь в имение родителей невесты, где предполагалось сыграть незаметную свадьбу, Пирогов, заранее уверенный, что медовый месяц, нарушив привычные его занятия, просил Александру Антоновну подобрать к его приезду увечных бедняков, нуждающихся в операции. Работа уладит первую пору любви!

Когда в 1853 году началась Крымская война, Николай Иванович считал своим гражданским долгом отправиться в Севастополь. Он добился назначения в действующую армию. Опирая раненых, Пирогов впервые в истории медицины применил гипсовую повязку, которая позволила ускорить процесс заживления переломов и избавила многих солдат и офицеров от уродливого искривления конечностей.

Важнейшей заслугой Николая Пирогова является внедрение в Севастополе сортировки раненых: одним операцией делала прямо в боевых условиях, других эвакуировали в глубь страны после оказания первой помощи. По его инициативе в русской армии была введена новая форма медицинской помощи — появились секстры милосердия. Таким образом, именно Пирогов заложил основы военно-полевой медицины.

Незадолго до смерти ученый сделал еще одно открытие — предложил совер-

шенно новый способ бальзамирования. До наших дней в церкви украинского села Вишни хранится набальзамированное этим способом тело самого Пирогова.

Значение деятельности Николая Ивановича Пирогова состоит в том, что своим самоотверженным и часто бескорыстным трудом он превратил хирургию в науку, вооружив врачей научно обоснованной методикой оперативного вмешательства.

Говоря о школе Пирогова, надо говорить о всех последующих поколениях хирургов XIX—XX вв. Но если взять генеалогическое дерево потомков и учеников, то его ветви идут и к нам на Север. Мы в этом году торжественно отметили столетие профессоров Г.А. Орлова и С.И. Елизаровского. Они оба по своим работам и духу поистине ученики и продолжатели Н.И. Пирогова. Но у Орлова имеется особая связь с великим хирургом. Ещё в 1944 году учитель Г.А. Орлова А.Г. Русанов в своём письме указал: «Запомните нашу с Вами генеалогию в научном отношении».

Учеником Пирогова был выпускник Дерптского университета А.А. Ките-р. После ухода Пирогова в отставку он возглавил кафедру госпитальной хирургии с клиникой и кафедру оперативной хирургии Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Ученик Ките-ра Л.Л. Лёвшин возглавлял кафедры хирургии в Казанском университете. Его ученики — А.Г. Русанов и С.И. Спасоку-коцкий. А.Г. Русанов заведовал кафедрой и клиникой Дерптского, а затем Воронежского медицинского института. Ученик его, Г.А. Орлов, в 1943 году заведовал кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии АГМИ, а с 1944 по 1981 год общей хирургии АГМИ. С 1981 по 1987 год — кафедрой общей хирургии заведовал ученик Орлова проф. Н.П. Бычихин. С 1987 по 1999 год кафедре возглавлял тоже ученик Орлова — Л.А. Смольников. И наконец, с 1999 года до настоящего времени кафедру возглавляет тоже ученик Орлова — В.М. Сатыбалдыев. На кафедре успешно продолжает работать ученик Орлова и Н.П. Бычихина — проф. В.А. Попов. Кафедру анестезиологии и реаниматологии со дня её основания возглавляет ученик профессора Орлова — Э.В. Недашковский.

Вторая ветвь протянулась от С.И. Спасокукоцкого, учеником которого был проф. Б.А. Барков. Он приехал в Архангельск в 1935 году и прошёл путь на кафедре факультетской хирургии АГМИ от ассистента, доцента до заведующего кафедрой, профессора. Мне (Рехачеву Виктору Павловичу) посчастливилось постигать азы хирургии у двух замечательных людей — проф. Г.А. Орлова и проф. Б.А. Баркова. Я по праву называю их своими учителями. В течение 20 лет (1979—1999) я возглавлял кафедру факультетской хирургии, стараясь продолжать и сохранять традиции своих учителей. Сегодня успешно продолжают и совершенствуют эти традиции молодые профессора, ученики нашей архангельской школы хирургов С.М. Дыньков и Б.Л. Дуберман. Так генеалогическое дерево великого Пирогова пустило свои корни и на нашей архангельской земле. Я надеюсь, что оно ещё даст новые всходы и продолжит славную плеяду хирургов.

В.П. Рехачев, доцент кафедры хирургии, Е. Неманова

ОСОБЕННОСТИ ВАХТОВОГО ТРУДА В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Освоение районов Крайнего Севера осуществляется вахтовыми методами труда. Такие методы трудовой деятельности очень дешёвые для хозяйственников и государства, но очень дорогие для человеческого организма.

Преимущества состоят в том, что не надо строить населенные пункты: жилые дома, магазины, школы, детские дошкольные учреждения, поликлиники и другую вспомогательную инфраструктуру. Достаточно обустроить вахтовый поселок, где будет жить сменный персонал. Вахтовые методы труда позволяют привлекать в новые районы освоения природных богатств необходимое количество рабочей силы из различных регионов страны. А использование режимов труда в вахтовый период с удлинённой рабочей сменой позволяет выполнять работу ударными темпами. Таким образом, вахтовый метод нацелен на достижение конечных результатов в оптимальные сроки.

При реализации данных методов труда специалисты подвергаются мощному негативному воздействию как климато-географических, так и специфических факторов производственной деятельности в условиях Крайнего Севера. К основному экстремальному фактору Заполярья можно отнести суровость климата. По мнению специалистов, среди климатических факторов особенно неблагоприятное влияние на организм оказывает длительное воздействие холода, особенно в сочетании с ветрами и осадками. Как утверждают опытные полярники, можно привыкнуть ко всему, но только не к холоду.

Также к неблагоприятным факторам окружающей среды Крайнего Севера следует отнести: своеобразие светового режима (полярный день и ночь); недостаточность ультрафиолетового облучения (УФО); мощные и частые геомагнитные возмущения; радиационная обстановка в регионе. При маятниковой миграции часто на этом фоне возникает нарушение биоритмов, приводящее к развитию десинхронозов, что нередко приводит к снижению работоспособности, определяющей эффективность производственного труда.

Челночный характер авиаперелетов человека на большие расстояния из одной климатической зоны в другую (климатически контрастную), которые выполняются порой неоднократно в месяц, а также сменная и ночная работа, эмоциональное напряжение выступают в роли хронического стресса. Пусковым механизмом для развития многих заболеваний может служить хронический стресс.

Кроме того, большое значение для формирования здоровья вахтовиков имеет группа так называемых социальных факторов: неблагоприятные условия размещения (сложность жизнеобустройства); сложности с транспортом и связью; отсутствие или недостаток свежих овощей и фруктов, психоэмоциональный дискомфорт и др. Условия труда и быта, создаваемые человеком на местах нефтегазодобычи, зависят от этапов их освоения. Более благоприятными они становятся лишь на конечном этапе освоения — при экс-

плуатации нефтяных месторождений, когда уже выстроено жилье и производственные объекты, организовано питание и досуг. Чем качественнее будет создана среда обитания, тем менее здоровьезатратным будет в дальнейшем труд вахтовиков.

Для работников такой метод труда сопровождается длительной социальной групповой изоляцией в условиях Крайнего Севера. Для персонала, работающего на производственных объектах нефтегазодобычи в Заполярье, — это особый неблагоприятный социально-психологический фактор, включающий длительную разлуку с родными и близкими в вынужденном кругу общения, что нередко ведет к конфликтным ситуациям на производстве и в быту.

Работа людей в режиме постоянных командировок негативно сказывается на личной и семейной жизни работников: каждый четвертый из вахтовых рабочих состоит в разводе, среди них со стажем вахты до 5 лет — 44 %, от 6–15 лет — 12 %, больше 15 лет — 44 %, холостые мужчины составляют 9%.

Труд в таком режиме приводит к постоянному напряжению и перестройке адаптационно-регуляторных систем организма и сказывается на состоянии здоровья и работоспособности человека.

Помимо климатических и психологических факторов на людей, работающих на нефтепромыслах, действует ряд и неблагоприятных производственных факторов. Таких, как шум и вибрация на рабочих местах при бурении нефтяных скважин, работе дизельных установок. Следует отметить и недостаточную освещенность рабочих пло-

щадей, особенно в период полярной ночи, что представляет определенную опасность при выполнении работ вблизи движущихся машин и механизмов, подвижных элементов производственного оборудования при бурении скважин, их ремонте и освоении, вышестроении, различных работах по ремонту и замене производственного оборудования и др. Как производственный фактор рассценивается и физический труд, который характеризуется как тяжелый и очень тяжелый и сопряжен с нервно-психической напряженностью организма. Все это не может не сказаться на состоянии здоровья нефтяников.

Следует подчеркнуть, что в экстремальных условиях жизнедеятельности на Крайнем Севере большая часть заболеваний в первую очередь связана с сердечно-сосудистой и дыхательной системами причём течение заболеваний приобретает свою специфику.

На Севере заболевания сердечно-сосудистой системы протекают тяжелее и длительнее и с более частыми осложнениями и кризисами. Установлено, что у северян часто встречается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, а также имеется целый ряд факторов риска развития других не инфекционных заболеваний. Патология у приезжих жителей Севера формируется в три раза быстрее, чем у людей в регионах с более благоприятными климатическими условиями.

Надо отметить, что избыточная ультрафиолетовая солнечная радиация в сочетании с белоснежным зимним покровом в условиях Заполярья при нахождении человека на



ИТОГОВАЯ НАУЧНАЯ СЕССИЯ СГМУ И СНЦ СЗО РАМН

открытой местности длительное время, что характерно для работников на нефтегазовых Крайнего Севера, является весьма неблагоприятным фактором, оказывающим отрицательное воздействие на организм, пре-

жде всего на открытые участки кожи и орган зрения.

При изучении заболеваемости вахтовых работников установлено, что ведущие места в структуре заболеваемости работающих на предприятиях нефтегазодобывающей отрасли в северных регионах занимают острые простудные заболевания ЛОР-органов, острые респираторные заболевания (ОРЗ), заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и органов пищеварения. У буровиков возможны заболевания рук, проявляющиеся в таких клинических формах, как вегетативные полиневриты, артриты и остеохондрозы. Отмечена зависимость заболеваемости и травматизма как от возраста работника, его профессии, стажа работы, так и от характера организации трудового процесса.

Таким образом, пребывание человека в экстремальных условиях Севера вызывает значительное напряжение регуляторных и гомеостатических систем. Успешная акклиматизация в значительной мере предпрещает вопрос о формировании устойчивых популяций, обеспечивает высокую работоспособность людей, сохранение их здоровья. Следует отметить, что организм работников нефтегазовой отрасли в суровых климатических и неблагоприятных производственных условиях реагирует напряжением всех функциональных систем, которые в случае срыва могут приводить к развитию различных заболеваний.

Решение задачи по сохранению здоровья людей, занятых на работах по освоению нефтяных месторождений и добыче природных ресурсов в условиях северных территорий заключается в рациональной организации медико-профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на снижение неблагоприятного влияния климатопроизводственных и других специфических факторов вахтового труда на организм вахтовых работников.

**Г.Н. Дегтева, директор
НИИ Полярной медицины,
д.м.н., профессор**

С момента создания СГМУ научный профиль его институтов и кафедр был предопределен спецификой климатогеографического и социально-экономическим своеобразием циркумполярной зоны. Научные достижения сотрудников СГМУ, с момента образования вуза были направлены на обеспечение здоровой полноценной жизни и труда людей в суровых условиях Севера, создавая медицинское сопровождение проектов освоения его богатств. Приоритетными направлениями научных исследований, традиционными для нашего ВУЗа, являются медико-экологические аспекты здоровья населения, здоровье матери и ребенка, разработка проблем обеспечения безопасности в чрезвычайных ситуациях, современные вопросы полярной и морской медицины, проблемы охраны психического здоровья, организация медико-социальной помощи населению Европейского Севера и новые методы лечебно-профилактической помощи.

Наука может развиваться только при условии, что её одним из главных ориентиров является развитие и создание научных школ и преемственность поколений, воспитание молодых последователей, что необходимо для обеспечения стабильности высоких научных результатов и прогресса.

Основным итогом динамичного развития вуза за предшествующие 78 лет является формиро-

вание Северной медицинской школы – совокупности научных традиций, заложенных всеми поколениями ученых АГМИ – АГМА – СГМУ, интеллектуальный капитал, аккумулированный в научных, клинических и педагогических именных школах, где опыт одного поколения преподавателей-ученых передается другому, а новое органично вливается в уже наработанное. Северная медицинская школа вбирает в себя разнообразные научные направления, например, терапевтическое, педиатрическое и другие. Существовая в рамках северной медицинской школы, они органично вбирают в себя ее традиции, интегрируя научный поиск с решением конкретных задач практического здравоохранения. Наша научная сессия посвящена юбилеям старейших университетских коллективов – кафедры терапии, кафедры педиатрии, кафедры гигиены, которые в этом году отмечают 75 лет со дня своего образования. Это достаточный срок существования коллектива, позволяющий быть уверенным, что мощный потенциал научных руководителей и целеустремленная талантливая молодежь сохраняют и продолжают лучшие традиции Северного государственного медицинского университета.

**С.И. Малявская, профессор, проректор
по научно-инновационной работе**

ПОСВЯЩЕНИЕ В УЧЕНЫЕ-2010

2 ноября в актовом зале СГМУ состоялась, ставшая уже традиционной, конференция «Посвящение в ученые», проводимая Студенческим научным обществом и Советом молодых ученых СГМУ.

Мероприятие проводится второй год подряд и вызывает высокий интерес среди студентов и профессорско-преподавательского состава. В этом году в конференции приняли участие 25 лучших студенческих научных кружков кафедр университета, которые представляли их старосты в виде красочных презентаций и кратких (почти 100 % выдержали регламент), но очень содержательных докладов. Доклады содержали информацию об истории кружка, о руководителях и старостах, об основных направлениях работы, о достижениях кружка за последний год, план работы на предстоящий учебный год, а также время и место проведения заседаний кружка и контактная информация. Старосты с вдохновением рассказывали о направлениях студенческих научных работ, о том, как проходят заседания СНК, обо всем интересном и важном из жизни своих кружков за год.

Таким образом, студенты получили уникальную возможность одновременно ознакомиться с деятельностью большинства научных кружков СГМУ, задать интересующие вопросы их старостам. Конечно же, это поможет сделать выбор. Все презентации можно будет посмотреть на странице Студенческого научного общества на сайте СГМУ www.nsmu.ru, раздел Научный блок.

Самое важное в этом мероприятии, что изначально инициатива в его проведении принадлежала самим студентам и Студенческому научному обществу СГМУ. Студенты еще 2 года назад сами обосновали его важность и необходимость, попросили организовать мероприятие подобного плана. Студенческое научное общество и Совет молодых ученых СГМУ, видя заинтересованность, с воодушевлением взялись за дело. С помощью

администрации вуза уже два раза провели по настоящему уникальный праздник студенческой науки. Именно этот факт вызвал значительный интерес средств массовой информации города. Очень радует, что в целом этот праздник является отражением молодежного научного бума, который отмечается в эти годы.

Второй год подряд в рамках конференции проводится конкурс на лучший научный студенческий кружок среди кафедр СГМУ 2009–2010 учебного года, демонстрируя впечатляющие годовые достижения, слаженную и масштабную работу кафедр, руководителей, старост и всех членов кружков. Награждение победителей конкурса состоялось 20 октября 2010 года на Ученом совете СГМУ. В конкурсе приняли участие 33 научных студенческих кружка кафедр СГМУ. Оценка деятельности кружка проводилась по результатам годового отчета в баллах. По итогам конкурса в этом году призовые места среди кафедр заняли следующие научные студенческие кружки:

- 1 место – СНК кафедры психиатрии, наркологии, клинической психологии;
- 2 место – СНК курса клинической фармакологии кафедры анестезиологии и реаниматологии;
- 3 место разделили СНК курса детских инфекций кафедры инфекционных болезней; СНК кафедры нормальной физиологии и восстановительной медицины и СНК кафедры терапевтической стоматологии.

Пользуясь случаем, от имени Студенческого научного общества и Совета молодых ученых хотим от всей души поблагодарить всех участников конференции и поздравить победителей конкурса на лучший научный студенческий кружок среди кафедр СГМУ 2009–2010 уч. года.

С уважением, Студенческое научное общество и Совет молодых ученых СГМУ

**А.В. Лебедев, М.В. Кустышев,
А.А. Парамонов, Н.О. Коржавина**

ЗАПИСКИ ТУНДРОВОГО ВРАЧА

Полярные регионы – это прежде всего Северный дом для сообщества коренных народов с богатым культурным и духовным наследием, с эволюционно выработанными механизмами высокой устойчивости к экстремальным условиям среды. В то же время у коренных народов Севера недостаточно развиты механизмы биосоциальной адаптации к факторам современной цивилизации, что стало причиной ухудшения физического и психического здоровья.

С 2002 года сотрудники НИИ полярной медицины СГМУ совместно с Ассоциацией ненецкого народа «Ясавэй» активно участвуют в уникальном медико-социальном проекте «Канинский красный чум», в рамках которого обследованы семьи кочующих оленеводов полуострова Канин, им оказывалась постоянная медицинская помощь и проводилась профилактическая работа, осуществлялась культурно-просветительская деятельность. О некоторых впечатлениях о работе в тундре рассказывает постоянный участник проекта доцент кафедры педиатрии ФПК Л.А. Зубов.

До бригад в Канинскую тундру только вертолетом можно долететь (4 часа полета до Нарьян-Мара). По вертолетам даже отсчитывают временные промежутки: после «пантового» вертолета, до «школьного» вертолета, на «выборном» вертолете. А уж о санрейсах знает вся тундра. Вертолет – это связь с «Большой землей», это новости, это продукты и жизненно необходимые вещи. В последние годы рейсы в бригады – редкость (дорогое удовольствие!). Загружаются они «под завязку».

Не случаен один из моих любимых анекдотов: «Оленевод просит пилотов снизиться и пролететь пониже над своей бригадой – мол, посадка не запланирована, но я прыгну. Летчики отказываются. Оленевод недоумевает – почему? Ему отвечают: – На прошлой неделе один также просил пролететь пониже над землей; когда он прыгнул, то двое оленеводов успели запрыгнуть...»

Мы пересекали на оленьих упряжках полуостров Канин поперек – от Белого моря до Баренцева – в кочующие оленеводческие бригады. Путь многочасовой и извилистый: по малозаметным тропам – воргам, по труднопроходимым кустарникам – ере, по болотной трясине и кочкам с крутыми подъемами, спусками, бродами. Проблема состоит еще и в том, что на свои болячки оленеводы жаловаться не привыкли. Но я жил с ними и разделял тяготы их быта. Они стали доверять доктору. С ними нужно уметь разговаривать. Аббревиатура КМНС хорошо из-



Л. ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ
ТУНДРОВОЙ ЭКСПЕДИЦИИ

вестна всем жителям Ненецкого автономного округа: коренный малочисленный народ севера. В бригадах меня называли представителем МНС – я был единственным русским по национальности в Канинской тундре. Отношение во всех бригадах ко мне было уважительным и бережным, меня охотно приглашали на чай и беседы в палатки, помогали советами.

В практической медицине существуют специфические отрасли: «морская медицина», «военная медицина», «тропическая медицина» и т.п. Должна быть и тундровая медицина. Слишком много особых организационных, социальных и профессиональных проблем здесь существует. Это прекрасно понимают ученые-медики.

Одной из проблем является доступность медицинской помощи в тундре. Во многом решены вопросы оказания неотложной помощи оленеводам с помощью рейсов санитарной авиации для спасения жизни заболевшего. Мне пришлось услышать много интересных, героических, а иногда и трагических историй об условиях работы медиков НАО при выполнении профессионального и человеческого долга. Но

во время таких вылетов нельзя помочь сохранению и укреплению здоровья каждого кочующего. Нужна планомерная работа по оценке качества здоровья и профилактике заболеваемости у оленеводов и членов их семей. Диспансеризация тундрового населения должна быть не разовой, единовременной (а зачастую и этого не проводится), а постоянно действующей системой. Бригады большую часть года проводят вдали от поселков, не имеют возможности получить квалифицированный совет или медицинскую помощь. При этом летом население тундры существенно увеличивается за счет большого количества детей-школьников из интернатов. А сколько кочует детей дошкольного возраста! Приходилось мне выписывать и справку о рождении в тундре месячному ребенку.

Пищевой рацион кочующих своеобразен. В нем преобладает белковая пища – мясо и рыба. Это диетические продукты. Именно они с учетом частичного сыроядения обеспечивают организм оленеводов потребности в витаминах и микроэлементах. Явных обменных заболеваний (заболеваний щитовидной железы, анемии или рахита у растущих

детей) в связи с этим практически не регистрируется. И это при отсутствии овощей и фруктов. Имеются и деликатесы – язык, а дети очень любят костный мозг. Кулинарная обработка мясных продуктов незамысловатая. Но иногда нас угощали своеобразным шашлыком из оленины, приготовленным на внутренней стороне печной дверцы. Хлеб хозяйки выпекают ежедневно в специальных формах, белый получается вкусным. Традиционным является частое чаепитие, оно нередко предшествует основному обеду, неизменно после ямданки и при встрече гостей. Морошка – «королева» среди ягод тундры. Неприхотлива в хранении, вкусна в любом виде (свежая, в сахарном сиропе, в киселе, в пирогах).

Важно не только оказать помощь заболевшему, но и оценить уровень здоровья каждого человека, чтобы профилактическими мерами предупредить развитие сбоев в организме. С этой целью в медицинской части «Красного чума» применялась качественная и количественная оценка регуляторных систем организма с помощью специальной аппаратуры. Оценка функциональных резервов и

ОСМОТР РЕБЕНКА В МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТКЕ



уровня «прочности» организма показала, что у большинства оленеводов организм находится в постоянном напряжении, необходимом для адаптации человека к неблагоприятным условиям среды обитания, к суровым условиям их труда. У многих из них обнаружена готовность к развитию функциональных заболеваний или же выявлены ранние признаки болезней. Казалось бы, оленеводов не должны касаться современные болезни цивилизации, но настораживает большая частота выявления повышенного артериального давления, особенно у мужчин старше 40 лет. Выраженное перенапряжение регуляторных систем и даже их истощение регистрировалось после суточных вахт-дежурств пастухов. Таким образом, функциональное состояние организма многих оленеводов таково, что «нужно остановиться и осмотреться, прежде чем двигаться дальше». Иными словами, речь идет о необходимости проведения оздоровительных и профилактических мероприятий, о более внимательном отношении к своему состоянию. Всем обследованным выдавалось специальное заключение с медицинскими рекомендациями по укреплению здоровья.

Нередкими недугами у пациентов в тундре являются и боли в спине, фурункулез, рецидивирующий средний гнойный отит, аллергические поражения кожи (чаще у детей). Встречаются и гельминтозы — эхинококковые поражения легких или печени (среди моих пациентов были

даже двое прооперированных по этому поводу). Острые вирусные инфекции и острые кишечные расстройства возникают чаще после контактов кочующих с населением поселков, когда бригады осенью и зимой стоят вблизи поселений. Большую потребность оленеводы и их семьи испытывают в оздоровлении зубов.

К суровым окружающим условиям люди приспосабливаются по-разному, порой — весьма

искусно. Например, увидев, как налажен семейный быт оленеводов, я понял: памперсы изобрели ненцы! Шучу, конечно. Но младенцы в люльках там всегда сухие, поскольку на дне — впитывающий влагу мягкий мох нерцуй и олений мех с длинным волосом. Впрочем, без доступной медицинской помощи сохранить здоровье в тундре все равно нельзя.

Когда перед выездом в тундру я попросил снабдить меня

медикаментами, меня вначале попытались отговорить: мол, в каждую оленеводческую бригаду еще в апреле месяце было отправлено по 6 кг лекарств. Но мне удалось убедить руководителей проекта закупить ряд современных лекарств. И не зря — они мне пригодились (вернее не мне, а моим пациентам). Стандартные аптечки в бригадах еще весной были поделены поровну между всеми палатками, да так, что зачастую на обрезках нет ни названий, ни сроков годности, да и на курс лечения многих поделенных упаковок никому не хватит. Количество медикаментов и их состав рассылался независимо ни от количества членов бригады, ни от их возрастного состава, ни от наличия больных с той или иной хронической патологией. Состав аптечек должен быть пересмотрен, пополнен современными удобными и эффективными лекарственными формами; аптечки должны сопровождаться подробной и понятной инструкцией по назначению тех или иных медикаментов, по их дозировке (особенно детям).

В команде со специалистами из международной Ассоциации «Врачи мира» мы создали специальное пособие для оленеводческих бригад по оказанию первой и неотложной помощи.

После прибытия на каждое новое стойбище в мою зеленую медицинскую палатку всегда выстраивалась очередь, а в тундре это дорогого стоит. Уезжал из тундры с ощущением выполненной полезной работы.

Л.А. Зубов, доцент кафедры педиатрии ФПК, фото автора



ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

ВОЗМОЖНО ЛИ ВЫРАСТИТЬ ЧЕЛОВЕКУ НОВУЮ КОСТЬ? ПРОФЕССОР ФЕДОТОВ ОТВЕЧАЕТ – ДА!

Накануне своего 70-летия профессор Станислав Николаевич Федотов поделился с редакцией «МС» своими воспоминаниями, надеждами, профессиональными достижениями



Я родился в Ленинграде. Отец мой, Федотов Николай Иванович, коренной ленинградец, закончил Московскую военно-ветеринарную академию. Мама родом из Шенкурского района Архангельской области. После седьмого класса она приехала в северную столицу, закончила там среднюю школу. Мама обладала незаурядными артистическими способностями, хорошо пела, мечтала о театральном институте, но родители запретили. Поэтому она закончила Ленинградский ветеринарный институт (ЛВИ). Маме руку и сердце предлагал Герой Советского Союза летчик Михаил Водопьянов и даже писал письма в Шенкурск ее родителям. Но она выбрала моего отца, Федотова. На тот момент он был майором ветеринарной службы. Родился я в 1940 году, перед самой войной, и мы жили на Васильевском острове. Вообще война многое изменила. Отца буквально перед самой войной направили на границу с Кенигсбергом в город Тавроги, вместе с ним переехала и семья. Началась война, так получилось, что в Ленинград я больше не вернулся.



После окончания Плессецкой средней школы поступил на стоматологический факультет АГМИ. Чем больше всего мне запомнились годы учебы в медицинском вузе? Прежде всего – свободное расписание. Студенты выбирали сами, когда и на какую кафедру им идти на практические занятия, каждую отдельную тему студент обязан был сдать преподавателю. Кто занимался усердно, тот успевал и не выбывался из графика. К таким студентам можно было отнести и меня. Тех, кто учился спустя рукава, отчисляли. Отсев был очень большим, до сорока человек с первого курса. Студенты, занимающиеся прилежно, могли досрочно сдавать экзамены, продолжительность каникул у них увеличивалась, они легко переходили с курса на курс. Запомнилась производственная практика в гарнизонном госпитале, а затем работа в течение года в должности зубного врача. До трех часов дня продолжались практические занятия и лекции в вузе, затем шел на работу в госпиталь. В то время в госпитале в стоматологическом отделении внедрялась новая технология реплантации зубов. Данную технологию мне удалось освоить, выполнив около 20 подобных операций. По инициативе руководства госпиталя, мною был сделан впервые научный доклад на областном Обществе врачей стоматологов по данной тематике. Были доставлены военнослужащие из прилегающих военных частей для демонстрации результатов операции. Работая в госпитале,

я прошел хорошую практику. Однажды туда был приглашен ректор АГМИ профессор А. А. Киров. Мне удалось присутствовать на его операции. Все обратили внимание на его хирургическую технику – вязал узлы, как будто ткал узоры. А какие у нас были преподаватели – звезды! Георгий Андреевич Орлов – талантливый хирург и учитель, увлекал студентов своими идеями, мог зажечь в них творческий энтузиазм. Сергей Иванович Елизаровский – воплощение интеллигентности. Он, профессор, приходил к студентам в общежитие, проводил беседы на музыкальные темы, приносил пластинки с записями произведений в исполнении симфонического оркестра. Подобные встречи способствовали просвещению студентов, значительному расширению их кругозора.

Профессор Киверин Михаил Дмитриевич всегда мог очень просто объяснить суть сложных вопросов. Он занимался довольно интересной научной работой – изучал биохимические процессы в коже и значение витамина С. Проблема дефицита витамина С у нас на Севере была актуальна как тогда, так и сегодня.

Теплыми словами вспоминается наш наставник, Виктор Павлович Рехачев. Он нас опекал, много помогал студентам.



Знаковой фигурой того времени в АГМИ был Георгий Иннокентьевич Кондратьев. Он был известен тем, что владел методом быстрого гипноза. Мы, первокурсники, в буквальном смысле этого слова бежали на его лекции. В начале он излагал теоретический материал, затем приглашал студентов, человек по десять, на сцену и вводил их в состояние транса. Ноги студента лежали на спинке одного стула, а голова – на спинке другого. Можно было надавить на туловище – оно превращалась в стальную пружину. Он демонстрировал свои гипнотические опыты, в том числе и по районам Архангельской области, хотя работал на кафедре анатомии, был проректором по учебной работе. Георгий Иннокентьевич был очень талантливым, одаренным человеком. Но карьера Кондратьева быстро закончилась. В одном из печатных изданий того времени вышла о нем разгромная статья. Тогда этого было достаточно, чтобы сломать человеку карьеру. Ему пришлось уйти из института и работать в травмпункте Первой городской больницы. Так все печально и закончилось.

Для моего поколения на первом плане была работа. После окончания института я



трудился в поселке Кодино Онежского района в качестве общего хирурга, был внештатным судебно-медицинским экспертом. Мне дали комнату рядом с больницей, у самой кровати стоял телефон. В любое вечернее время и ночью могли позвонить, вызвать в больницу. В то время не возникало никаких вопросов, недовольства, что тревожат. Лично мне нравилась моя профессия, оказание помощи людям было для нас на первом месте.



После трех лет работы во 2-й центральной больнице Онежского района встал вопрос о моей специализации по хирургии. Так в 1966 году я попал в аспирантуру в Куйбышевский медицинский институт. Вуз очень сильный, всегда был в числе ведущих, имеет свои клиники, в общей сложности до 1500 коек. Население области предпочитает обращаться за медицинской помощью в лечебных учреждениях института. Особенно запомнился накал высокой научной мысли и возможность внедрения новейших разработок. В период аспирантуры у меня всегда была лечебная практика, вел палату больных. Моими научными руководителями и наставниками в челюстно-лицевой хирургии были профессора Александр Михайлович Аминев и Мария Александровна Макиенко.

В 1971 году был зачислен ассистентом кафедры хирургической стоматологии Куйбышевского медицинского института и защитил кандидатскую диссертацию на тему «Функциональное состояние нижне-альвеолярного нерва при остеосинтезе переломов нижней челюсти металлическими спицами». В этот период являлся консультантом клинической больницы, дежурянт по экстренным дням клиники. Помимо этого выполнял экстренные оперативные вмешательства в городах и районах области по линии санавиации. Вспоминаю, как летели в Сызрань через Волгу и попали в страшную грозу, до сих пор не знаю, как остались живы.



Из хирургической практики запомнился один случай. В то время существовала практика проведения операций при врожденных расщелинах верхней губы в первые 24–48 часов с момента рождения. В одном только

городе Тольятти мною было проведено 4 подобных вмешательства.

В очередной раз пригласили на операцию в роддом к девочке с двусторонней полной расщелиной верхней губы. Необычность ситуации была в том, что родители девочки, инженеры престижного в то время предприятия – тольяттинского автомобильного завода, узнав, что ребенок с дефектом, отказались от него. Этот аморальный поступок вызвал в то время бурный всплеск возмущения общественности, были даже публикации в печати. Через три года меня пригласили на консультацию к этому же ребенку. Увидел, что результаты проведенной мной операции хорошие, губа срослась. Я был рад, как врач, что сделал все от меня зависящее по отношению к этой обездоленной девочке.

На Всесоюзном совещании ректоров медицинских институтов в Куйбышеве мы встретились с ректором АГМИ Николаем Прокопьевичем Бычихиным, он пригласил меня поучаствовать в конкурсе на замещение должности завкафедрой.



В 1975 году я был избран на должность заведующего кафедрой хирургической стоматологии АГМИ. В этой должности я проработал по 2005 год, ровно тридцать лет.

В 1977 году мне присвоено ученое звание доцента. В 1982 – защитил докторскую диссертацию на тему «Реабилитация больных с повреждением нижнелучного нерва при переломах нижней челюсти, леченных методом щадящего остеосинтеза отломков» (Москва). Ученое звание профессора присвоено в 1985 году.

В июне 1986 года в городе Архангельске прошел Всесоюзный пленум по стоматологии. К нам съехались виднейшие специалисты со всего тогда еще Союза. Их впечатлил и высокий уровень лечебно-диагностической работы нашей кафедры, и новизна методик, которые мы внедряем.

Хотелось бы несколько слов сказать о такой методике, как остеосинтез фрагментов челюстей после переломов, остеотомий металлическими спицами. Здесь мы занимаем передовые позиции. Данная методика представляет не что иное, как национальное достояние. Нами накоплен самый крупный в мировой практике материал подобных операций – 1500–2000. Преимущество данной операции заключается в том, что не производятся разрезы, достигается стабильная фиксация фрагментов челюсти и вмешатель-

ство является мало травматичным. В мире получила широкое распространение другая технология – фиксация фрагментов костей лица мини-пластинами (имплантатами) и шурупами. Ее очевидные минусы: шурупы могут повредить корни зубов, нервы, металл остается в тканях, для его извлечения нужна повторная операция. Люди с металлом в тканях могут быть ограничены в выборе места работы. Чтобы Запад перешел на разработанную нами мало- и минимально инвазивные методы остеосинтеза с использованием круглых спиц, нужно слишком многое изменить, а это влечет за собой большие финансовые затраты. Поэтому хотелось бы, чтобы данная технология максимально безопасная и атравматичная, как наиболее перспективная, была внедрена прежде всего во всех регионах нашей страны.



Основные результаты научных исследований по данному вопросу докладывались на международных форумах: в США, Чикаго (1991), в Голландии, Гаага (1994), в Чешской республике, Пелзнь (1995), в Малайзии, Кючинг (1996), в Финляндии, Хельсинки (1998).

В США и Малайзии – это были единственные доклады от России и стран СНГ. Экспертной группой Всемирного Конгресса черепно-челюстно-лицевых хирургов США дана высокая оценка предложенному рациональному методу лечения переломов костей лица металлическими спицами.

Представительница крупной чешской компании во время пребывания в Архангельске попала в аварию. Ее выбросило через лобовое стекло автомобиля, и она получила переломы челюстей. Мы применили щадящую методику, фиксировали костные фрагменты спицами. Женщина быстро стала поправляться и, не слушая никаких уговоров, уехала домой в Чехию. На родине пришла к своим врачам, а они никогда не сталкивались с остеосинтезом металлическими спицами. Поскольку пациентка открывала рот с некоторым ограничением, ее родственники поставили перед врачами вопрос: будет ли все в порядке после удаления спиц? Ответ был следующий: это нужно спросить у того, кто делал операцию. Так, неожиданно я с порога своего дома оказался в сказочной Праге. Пациентку прооперировали, и все обошлось благополучно.

Мы поздравляем Станислава Николаевича с юбилеем, желаем ему здоровья и долгих лет жизни, благодарности пациентов, заслуженного уважения коллег и студентов. Нам бы очень хотелось, чтобы все его приоритетные научные разработки были внедрены в жизнь и не в XXII веке, а в ближайшем будущем.



Вы задаете вопрос, возможно ли вырастить человеку новую кость?

Разработанный нами новый способ устранения дефектов нижней челюсти методом растяжения костного регенерата без костной пластики трансплантатами показал, что это возможно.

Молодой человек со своей матерью пошли в лес, и на них напал медведь. Женщина погибла сразу, а юноше был нанесен зверем удар такой силы, что левая половина челюсти была полностью снесена. Мы применили методику и вырастили пациенту 13 сантиметров челюсти. Полученный нами результат, как выдающееся достижение науки занесено в «Книгу рекордов России», приоритет данного способа признан за границей.

Всего проведена 21 такая операция. Выращивание костей – это очень сложный, экономически затратный процесс. Кроме того, очень важен человеческий фактор. Самому пациенту нужно иметь силу воли, ведь ему предстоит провести в больнице четыре-пять-шесть месяцев. Необходим надлежащий уход, психологическая поддержка, не говоря уже о ежедневных перевязках, хирургических манипуляциях, связанных с удлинением кости.

Это технология будущего, она требует дальнейших разработок, участия не только челюстно-лицевых хирургов, но и биохимиков, иммунологов, физиологов, морфологов...

Беседовала Екатерина Неманова



**ОПЕРИРУЕТ ПРОФЕССОР
С.Н. ФЕДОВ, АССИСТИРУЮТ
И.Д. КОРОБЕЙНИКОВА И Н.Ф. КУДРИН**

ВЫРАЖЕНИЕ УДИВЛЕНИЯ НЕ СХОДИЛО С НАШЕГО ЛИЦА НА ПРОТЯЖЕНИИ 12 ДНЕЙ...

Когда Вас спрашивают, с чем ассоциируется Германия, Вы не задумываясь ответите, скорее всего, жареные колбаски, пиво и автомобили. Сейчас же, после нашей поездки, у меня на ум приходят другие ассоциации - это невероятные технологии, необыкновенные технические приспособления, облегчающие жизнь людей, ну и, конечно же, поразительная пунктуальность.

Например, я думаю, как и каждый российский житель, что никогда не буду знать, в какую минуту я буду стоять на остановке и ждать автобуса. А немец заканчивает свой день продумыванием расписания следую-

медицинский центр со всем необходимым оборудованием и технологиями, не искажая его внешний вид.

Медицина в Германии – это отдельный разговор. С начала даже трудно представить себе всю площадь, на которой размещаются клиники тех университетов, которые мы посетили. Вот, например, Дюссельдорф. В состав клиники входят 34 специализированных учреждения, (например, гематологические, кардиологические), каждое из которых имеет в составе несколько подразделений. Это примерно как в Архангельске построить несколько десятков клиникских больниц, равных по

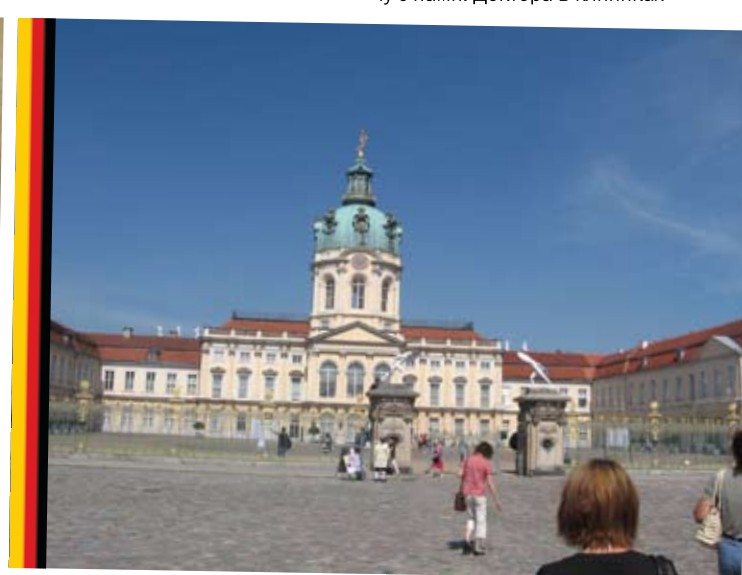
туда зайти. Всё это делают посетители, желающие навестить своих родственников. Даже стоя в коридоре, мы почувствовали дух стерильности, витающий в отделении.

В кардиологии на наш вопрос «Проводите ли Вы тромболитическую терапию у пациентов с острым инфарктом миокарда?» - доктор категорически замотал головой и ответил: «Практически нет, это же связано с риском развития тромбоэмболии лёгочной артерии. Обычно мы сразу же делаем коронароангиографию и баллонную ангиопластику со стентированием. И сразу же стал показывать нам на мониторе коронароангиограммы,

венозного оттока от внутренних органов человека, ну и, конечно же, гордость этой кафедры – целая коллекция человеческих эмбрионов (гистологические препараты) за 40 лет, то есть всё то, чего у нас либо вообще нет, либо нарасхват.

Выражение удивления не сходило с нашего лица на протяжении 12 дней.

Нас очень обрадовал радушный приём. Несмотря на то, что занятия у студентов начинаются в середине октября, знаменитые профессора приезжали на встречу с нами. Доктора в клиниках



щего – во сколько он выйдет из дома, сколько времени нужно, чтобы ему дойти до остановки, во сколько он сделает пересадку на следующий автобус. И это далеко не последнее отличие от нас. Автобусы приходят и уходят от остановки с точностью до 1 минуты, не отклоняясь от расписания.

Конечно же, если перечислять все различия, можно написать много, поэтому остановлюсь на самых ярких и запоминающихся.

Когда приезжаешь в Германию, поражает гармоничное сочетание ансамбля старинных зданий и современных, похожих на космические корабли, построек. Особенно это характерно для Берлина. Не перестаёшь восхищаться умением немцев переоборудовать памятник архитектуры в современный

площади 1-й городской. Это ли не фантастика?

А каково нам было слышать от гематолога, что взятие крови на генетическое исследование у больных с заболеванием крови – это банальное исследование? И его ответ на наш вопрос – «Используете ли Вы пункцию лимфоузлов для постановки диагноза?» - «А зачем? Если можно поставить диагноз с помощью генетических маркеров, а в сомнительном случае взять трепанобиоптат из подвздошной кости?»

Конечно же, в отделение трансплантации костного мозга мы могли увидеть только через стекла входной двери, иначе нам – 15 человекам – пришлось бы принять душ, почистить зубы, надеть стерильное бельё, маску, колпак и бахилы, чтобы

проверяя нас. Похвастаюсь, мы не ударили в грязь лицом и сразу же показали тромбозы и ОКК.

Нашу теоретическую подготовку оценили многие немецкие профессора, спрашивая нас: «А у вас все такие грамотные студенты?» На что мы отвечали: «Конечно же, у нас все такие!» И проводя с завистью глазами по многочисленным микроскопам с увеличением в 100 раз (примерно штук 60–70 в одной аудитории), стоящие на кафедре анатомии и гистологии Рурского университета г. Бохума, с грустью добавляли: «Эх, нам бы столько.»

От наших зорких глаз не ускользнула армия скелетов на этой кафедре, фантомы глаз, различных органов, трёхмерные модели сегментарного строения лёгких, макет кровоснабжения и

находили время в своём тесном графике и читали нам лекции, показывая свои отделения и новинки, а на прощание ещё говорили спасибо за то, что выбрали для посещения именно их университет и клинику.

И всё же так радостно было среди всего многообразия различных немецких тембров слышать мелодию русского языка! И вдвойне приятно становилось от того, что это голоса наших соотечественников – русских докторов, работающих в Германии. Как оказалось, совсем несложно стать одним из них. Бальзамом на душу были слова немецких докторов, что русские врачи ценятся в Германии, так как они хорошие специалисты. Дюссельдорф, Дрезден или Бохум вовсе не кажутся такими недостижимыми как космос,

что и доказали некоторые наши выпускники!

В Германии нам удалось встретиться с этими молодыми людьми, которые так легко и непринуждённо ведут себя в немецком обществе, даже, не побоюсь этого выражения, чувствуют себя как рыба в воде. Один из них нам за обедом рассказывал, как он своими собственными руками в лаборатории вырастил гиалиновый хрящ и много ещё чего интересного про свои работы со стволовыми клетками. Слушая его, мы знали, что это не выдумки молодого человека, пытающегося произвести впечатление на девушек, а реальность. Сами два дня тому назад сидели в обыкновенной студенческой аудитории, в которой стояли 2 хороших аппарата УЗИ, ВЭМ, ЭКТ, ХМ – ЭКТ, манекены для интубации и реанимации. Интересно, где я ещё смогу увидеть отделение липидофереза!

Вернувшись домой, я могла часами рассказывать о своих впечатлениях. Трудно остановиться, восхищаясь теми технологиями и оборудованием, которые созданы для того, чтобы это было удобно людям. В Дюссельдорфе нам показывали ещё строящийся кардиоцентр, (не было внутренней отделки, только голые кирпичные стены) и доктор приглашал нас на открытие в ноябре. Мы же спрашивали: «А вдруг Вы не успеете?» На что нам ответили: «Такого не может быть, ведь люди начнут устраивать митинги на улицах, они же нуждаются в этом центре. Сроки сдачи не задерживаются ни на один

день. Невольно вспомнился новый корпус областной клинической больницы родного города!

Как мы не пытались понять немецкую логику и особо не смогли это сделать. Вот, например, гуляя вечером по улице, любуясь вечерним видом города, мы практически не встретили прохожих. Наш немецкий сопровождающий разъяснял: «Это нерационально. Зачем просто так гулять по улицам, если можно в это время посмотреть кино или почитать литературу». Конечно же, скажу сразу, что в первый раз в Германии без немецкого гида ну никак нельзя, уж слишком у них все по-немецки логично и скрупулёзно до мелочей. Наш добровольный сопровождающий Дитер, преуспевающий государственный служащий, проделал колоссальную работу для нашего пребывания в Германии в идеальных условиях, все бытовые вопросы поездки у него были проработаны до мелочей, а вся документация о поездке весила 16 кг! Чемодан с документами Дитер всегда носил с собой. Заботясь об экономии наших денег, он заказывал в столовой 15 порций одного и того же блюда: обед в этом случае стоил для каждого из нас на 3 евро дешевле!

Одним словом – немцы! Вот такие они!

В заключение хочется сказать, что в этой стране я видела инвалидов на коляске, совершающих самостоятельно покупки в многоэтажном гипермаркете, посещающих зоопарки и быстрее нас заезжающих в электричку.

Сидя в Кёльне в уютном кафе, я на секунду потеряла дар речи при виде человека, который ехал на инвалидной коляске без сопровождающего, разговаривая по телефону и весело смеясь, при этом телефон он держал при помощи головы и плеча, так как рук и ног у него не было.

Рассказывая о нашей поездке, не могу не поблагодарить тех, без чьей неоценимой помощи и поддержки не состоялось бы вообще ничего: конечно же это наш руководитель Ирина Викторовна Герасименко и наш преподаватель курсов немец-

кого языка, которые мы посещали три года, самый главный инициатор и «подстрекатель» (если можно так выразиться) на эту поездку – Мира Сергеевна Абрамова (старший преподаватель кафедры иностранных языков).

Маргарита Лях, врач – интерн кафедры внутренних болезней



Необходимо особо подчеркнуть, что педиатрия возникла и развивалась в рамках акушерства и терапии, она отделилась от клиники акушерства и женских болезней (преимущественно в части болезней раннего возраста) и клиники внутренних болезней (преимущественно в части болезней старшего детского возраста). Крупные ученые-медики того времени - терапевт

стве «Педиятрика» (1847 г.) С.Ф. Хотовицкий обосновал необходимость как выделения самостоятельного раздела медицины – «медицины детства», так и того, что врач-педиатр должен обладать особыми призванием и навыками, глубокими знаниями о постоянно развивающемся и меняющемся детском организме. С.Ф. Хотовицкого справедливо называют первым русским педиатром.

Петербурге (1885 г.), по инициативе первого русского профессора-педиатра Николая Ивановича Быстрова (1841–1906), заведующего кафедрой детских болезней ВМА. В Москве общество было создано в 1892 году Н.Ф. Филатовым (ранее, до 1892 г. существовал кружок детских врачей в Москве). Далее общества детских врачей создаются в Париже (1899 г.), Лондоне (1900 г.) и т.д.

РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Семён Герасимович Зыбелин (1736–1802) и акушер Нестор Максимович Амбодик-Максимович (1744–1812) в своих трудах поднимали и вопросы организации помощи детям. 1763 год можно с полным правом назвать годом рождения педиатрического образования в России – на медицинском факультете университета добавлено (впервые) изучение акушерства, женских и детских болезней. Основоположителем научной педиатрии в России является профессор Санкт-Петербургской медико-хирургической академии Степан Фомич Хотовицкий (1796–1885 гг.), акушер по специальности. В 1831 году он впервые начал читать самостоятельный курс детских болезней при кафедре акушерства, в 1842 году открыл детские палаты в клинике акушерства. В 1835 году специальный курс детских болезней введен в программу обучения врачей в России. С.Ф. Хотовицкий утверждал, что детский организм не является уменьшенной копией организма взрослого человека, а имеет важнейшие качественные отличия от него. Именно поэтому изучение и знание особенностей детского организма и его реакций, симптомов детских заболеваний и методики обследования ребенка совершенно необходимы для распознавания и лечения детских болезней. В первом отечественном руковод-

В 1865 году в Санкт-Петербургской МХА создана первая в России и в мире кафедра детских болезней, которую возглавил В.М. Флоринский, а затем Н.И. Быстров, в 1866 году организована первая в России клиника детских болезней при кафедре великого русского клинициста Г.А. Захарьина (в Берлине только в 1872 г. (Е. Непосч), в Париже в 1879 г., в Неаполе в 1886 г.). В Москве преподавание педиатрии началось с теоретического (1861 г.), а затем практического (1866 г.) курса при кафедре акушерства, женских и детских болезней, который читал Н.А. Тольский (1832–1891 гг.), выделение кафедры детских болезней произошло в 1888 году. С 1891 года ею руководил Н.Ф. Филатов. В 1930 году организован первый в России и мире педиатрический факультет (ныне РГМУ), через 58 лет после образования Московских высших женских курсов.

С середины XIX века педиатрическая наука развивается как самостоятельная дисциплина, образуются и быстро крепнут педиатрические кафедры и клиники. В 1881 году кафедры педиатрии создаются в Казани, в 1889 году – в Киеве и Харькове, в 1901 году – в Томске, в 1912 году – в Саратове, в 1920 году – в Перми, в 1921 году – в Ярославле, в 1932 году – в Самаре и в 1935 году – в Архангельске. Кафедральная наука способствовала утвержде-

нию педиатрии, распространению научных идей и опыта организации разных лечебных учреждений для детей. Во второй половине XIX века из рядов тогда еще очень немногочисленных врачей-педиатров выдвигаются выдающиеся клиницисты, получившие мировую известность – Карл Андреевич Раухфус и Н.П. Гундобин в Санкт-Петербурге и Нил Федорович Филатов в Москве - классик русской медицины, основатель отечественной научной клинической педиатрии. К концу XIX века заметно увеличился выпуск педиатрической литературы, возросло число диссертаций, основанных на экспериментальных и клинических исследованиях. Первый научный журнал «Детская медицина» выходил в Москве с 1896 по 1905 год, журнал «Педиатрия» основан в 1911 году.

Огромное значение для развития педиатрии в целом имело образование обществ детских врачей, объединивших специалистов медицины и сыгравших огромную роль в привлечении внимания общественности к актуальным проблемам педиатрии. Первое в мире общество педиатров (тогда - детских врачей) было создано в Германии в 1884 году (г. Фрейбург), второе в Санкт-

Петербурге в начале XX века началось международное сотрудничество в области педиатрии. В 1902 году передовые педиатры Европы пришли к идее объединения своих усилий и создали Лигу по борьбе с детской смертностью. Важную роль в объединении педиатров, развитии общественно-медицинской мысли сыграли съезды детских врачей. Первый Международный конгресс по охране младенчества состоялся в Берлине в 1911 году. Первый всероссийский съезд детских врачей - в декабре 1912 года в Санкт-Петербурге. В эти десятилетия устанавливались тесные научные связи между отечественными и зарубежными педиатрами.

Как мы видим, история отечественной педиатрии начинается в глубине веков, опираясь на знания народной и монастырской медицины. Начало зарождения педиатрии приходится на конец XVIII в. Как самостоятельная клиническая дисциплина педиатрия сформировалась во второй половине XIX века. Появление детских больниц способствовало быстрому развитию педиатрии, становлению системы подготовки педиатров, увеличению количества публикуемых работ и обзоров, стимулируя развитие педиатрии как самостоятельной дисциплины. Впоследствии кафедры педиатрии и детские стационары стали центрами научной педиатрической мысли в России и сформировали целую плеяду талантливых русских педиатров, являвшихся носителями научной мысли и одновременно преподавателями в высших медицинских учреждениях. Первые российские педиатры воспитали огромное число высококвалифицированных специалистов-педиатров, подготовили учеников, основавших другие кафедры педиатрии в стране, сделавших очень много для развития отечественной педиатрии и снижения детской смертности в России.

«Тщетны труды твои, государь, - говорили Петру приближенные, - из русских никогда врачей не выйдет». На что он отвечал: «Я почувствую, что россияне когда-нибудь, а может быть при жизни нашей, пристыдят самые просвещенные народы успехами своими в науках, неутомимостью в трудах и величием твердой и громкой славы...» Как показало время и история, политика Петра I в деле развития науки и воспитания отечественных врачей привела к появлению педиатрической российской научной школы, труды ее представителей получили признание за рубежом и стали публиковаться в иностранных периодических изданиях. Сформировавшиеся и окрепшие научные школы, добившиеся международного признания, служили надежной гарантией необратимости достигнутых успехов.

Окончание следует

С.И. Малявская,
профессор, проректор по научно-инновационной работе



НЕСТОР МАКСИМОВИЧ
АМБОДИК-МАКСИМОВИЧ

КАК ВОСПРИНИМАТЬ МИР ПОЗИТИВНО И ЧАЩЕ БЫТЬ В ХОРОШЕМ НАСТРОЕНИИ?

Все мы сталкиваемся со сложными ситуациями, проблемами, трудностями и т.д. Ни для кого не секрет, что учеба в вузе совсем не похожа на праздник нон-стоп: есть занятия, огромное количество материала, преподаватели с трудным характером. Не говоря уж о финансовых трудностях и необходимости делить пространство комнаты в общежитии с чужим, по сути, человеком.

Так что поводов огорчаться в студенческой жизни довольно много. Поэтому мы и решили посвятить несколько статей тому, как удержаться на плаву хорошего настроения.

ЧЕМ ОПАСНО ПЛОХОЕ НАСТРОЕНИЕ?

Существует связь между настроением и уровнем иммунитета. Если человек долго находится в подавленном настроении, то защитные силы организма слабеют. Плохое настроение повышает уровень конфликтности, делает человека менее привлекательным в глазах других. Благодаря исследованиям социальных психологов выявлено, что улыбающийся человек имеет гораздо больше шансов произвести приятное первое впечатление. Более того, участники эксперимента оценивали улыбающегося человека и как более умного и доброго. Подавленное настроение влияет на познавательные способности: становится труднее сосредоточиться, zapomинается все «через силу», да и думать становится как-то сложнее. Итак, надеемся, нам удалось убедить тебя в том, что о настроении нужно заботиться.

ВОПРОС В ТОМ, КАК?

Ну, не учат в наших школах создавать себе хорошее настроение. И родители далеко не всегда воспитывают в детях способность радоваться жизни.

Вспоминается выражение: «спасение утопающих – дело рук самих утопающих». Так что позитивность будем формировать самостоятельно. Есть несколько способов радоваться жизни. Сегодня мы поговорим о смехотерапии.

СМЕХ – ЭТО СОЛНЦЕ: ОНО ПРОГОНЯЕТ ЗИМУ С ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЛИЦА
(В. ГЮГО)

Смех в древности применяли как духовную практику. С недавнего времени его используют для лечения и психологической работы. Наука о смехе – гелотология зародилась в Америке в 70-е годы XX столетия после случая с Норманом Казинсом, который вошел в историю, как «человек, рассмеивший смерть». Этот американский психолог заболел редкой болезнью – коллагенозом. Врачи практически не оставили ему надежды. И тогда Казинс выписался из больницы, заперся в номере гостиницы и стал ежедневно по 5-6 часов в день смотреть комедии и смеяться. Через неделю прекратились боли, через месяц начал двигаться, и вскоре он смог даже вернуться к работе. После такого сенсационного случая в Америке и на Западе стали проводиться научные исследования по смеху и начала развиваться смехотерапия как один из методов психотерапии.

В Библии говорится: «Веселое сердце благотворно, как врачевание, а унылый дух сушит кости» (Притчи Соломона, 17, 22). Иммануил Кант в книге «Критика чистого разума» писал, что «смех дает ощущение здоровья, активизирует все жизненно важные процессы. Усиливается перистальтика кишечника и движение диафрагмы, достигается гармония души и тела». Позднее все эти утверждения немецкого философа были подтверждены данными науки. Исследования показали, что смех обладает огромным оздоравливающим эффектом для тела и психики.

Известно, что мозг во время смеха вырабатывает эндорфины – «гормоны счастья», которые мощно воздействуют на иммунную систему. При смехе улучшается работа сердечно-сосудистой и дыхательной систем, органов пищеварения, вырабатываются антистрессовые гормоны.

Имея возможность смеяться над собой, мы вырастаем из своих комплексов. Открывается путь к самому себе, к своей правде, мы более настоящие. Как писал Л. Толстой: «...Смех помогает смотреть на жизнь с высоты птичьего полета, и тогда легче относиться к трудностям».

Так, при исследовании эффектов смеха у студентов в период экзаменационной сессии установлено, что смехотерапия в течение девяти дней, когда добровольцы смеялись по несколько часов в день наряду с подготовкой к экзаменам, вызывает улучшение психоэмоционального состояния студентов наряду со снижением стрессогенного воздействия экзаменов и приводит к улучшению общих показателей успеваемости.

В настоящее время существуют два разных направления в смехотерапии; одно из них связано со смехом, спровоцированным извне (анекдоты, комедии, клоуны), другое – развивает природный, рефлексивный смех, независимый от внешних мероприятий.

СМЕХ: ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Формируй у себя привычку смеяться. Каждый день. Это также необходимо как чистить зубы или мыть руки. Определи, что именно вызывает у тебя желание посмеяться (комедии, цитаты на сайте www.bash.org.ru, «котоматрицы» или другие смешные фото, юмористические книги и т.д.). Ежедневно находи время и возможность посмеяться.

ЖИЗНЬ СТАНОВИТСЯ ДЛИННЕЕ, ЕСЛИ СМЕЯТЬСЯ, И ЛЕГЧЕ, ЕСЛИ СМОТРЕТЬ НА НЕЕ С УЛЫБКОЙ

Тренируй способность применять смех в трудных ситуациях. Например, если назревает ссора, попытайся увидеть в ситуации (но не в своем оппоненте) смешную сторону – это гарантированный способ избежать конфликта или смягчить его.

Для примера приведем исторический анекдот об Уинстоне Черчилле. Одна дама сказала ему: «Мне не нравятся ни ваши усы, ни ваша политика!». На что Черчилль ответил: «Вам не о чем беспокоиться. Ни то, ни другое Вас не коснется».

РАДОСТЬ – ВЕЛИКАЯ ДУХОВНАЯ СИЛА

Ищи смешное рядом – в том, мимо чего часто скользит слишком серьезный взгляд. Смешное всегда рядом. Надо его просто разглядеть. Если же быть уверенным, что ничего веселого не случится, то существует опасность, что именно так и произойдет. «Будем смеяться, не дожидаясь минуты, когда почувствуем себя счастливыми, иначе мы рискуем умереть, так ни разу и не засмеявшись», – сказал французский мыслитель Жан де Лабрюйер. Смейся с друзьями и одноклассниками. Создайте традицию на переменах играть в юмористические игры («Крокодил», «Ассоциации» и др.). Убейте сразу двух зайцев: и отдохнете, и сплотитесь. Начните дело с радостью – и сделать его будет проще.

Отнеситесь к человеку с радостью – и отношения с ними принесут положительные эмоции.

Порадуйтесь своим ошибкам, неудачам или проблемам – и они перестанут негативно сказываться на Вашей жизни.

Надеемся, что нам удалось убедить тебя в необходимости смеха. О других способах развития позитивности – в следующем номере. До встречи!

Анна Кузнецова,
зав. психологической службой



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ...

А вот насчёт завтра...

**Заходит пациент к врачу и говорит:
– Здравствуйте, бесплатный доктор!
Врач: – Здравствуйте, безнадежный больной!**

продолжение

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПЯТОЕ

Информационная организация

Для обеспечения бесперебойной работы всей системы понадобится создать 3 уровня Data-центров. 1) Data-центр городского уровня 2) Data-центр областного уровня 3) Единый федеральный Data-центр. Система организации следующая - на серверах поликлиники хранятся истории болезни людей приписанных к этому лечебному учреждению, как только вносятся изменения в историю болезни на сервере, то сервер копит информацию о внесённых изменениях и, дождавшись, когда будет свободен Data-центр городского уровня, отправляет информацию на него. В Data-центре городского уровня хранятся копии медицинских карт всех проживающих в данном населённом пункте и они, с внесением изменений в историю болезни в поликлинике или стационаре, также получают эти же изменения. В свою очередь с городского Data-центра данные отправляются в областной Data-центр (когда он свободен). В областном центре можно не делать городской Data-центр, так как с его функциями легко справится областной, который также будет хранилищем историй болезни. Разделить пациентов проживающих в областном центре и из прочих городов области можно программно. В свою очередь данные из областного центра отправляются в единый Федеральный Data-центр. Хотя, передача историй в федеральный Data-центр не совсем оправдана - сложно в техническом плане, да и экономически не окупится. Дубликатов историй и так достаточно, а федеральный центр и без того будет достаточно нагружен. В программном комплексе врача должна быть прописана возможность ступенчатого доступа, т.е. если не исправен сервер поликлиники, то можно получить историю болезни с городского сервера, провести необходимую работу с историей, автоматически сохранить изменения в памяти

персонального компьютера и по возобновлению работы сервера «слить» на него всю информацию. Если оказывается недоступен и городской сервер, то можно получить информацию из областного. Таким образом, при выходе из строя сети Internet или профилактических работах на отдельных серверах сохраняется функционирование системы. Как же можно быстро найти карту нужного нам человека? На сервере каждого уровня создаётся база данных людей, закреплённых за данным субъектом (поликлиника, город, область), при поиске программа, оценив код (об этом немного ниже), обращается к нужному нам серверу и получает необходимую историю болезни. Такая организация позволяет снизить объём передаваемых данных через сервера и позволяет оптимизировать поиск. Но как же нам искать людей? По фамилиям? По номеру паспорта?

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ШЕСТОЕ

Безопасность и конфиденциальность

При выдаче «медицинского полиса» (пока будем называть его так) в виде пластиковой карты, каждому пациенту приписывается определённый код: первая цифра – номер субъекта, вторая цифра – номер города (в роде индекса), третья – личный идентификационный номер и индивидуальный шифрованный ключ для доступа к его истории болезни. И вновь получаем оптимизацию поиска. Если человек с Мурманской области пришёл на прием к специалисту из Санкт-Петербурга, то, естественно, по первым цифрам кода программа не будет искать его карту где-нибудь в Магадане!

С поиском разобрались, теперь всплывает вопрос - зачем нужен шифрованный ключ и как его получить? Ключ записывается на карту вместе с идентификационным кодом. Код и ключ генерируются федеральным Data-центром, и при первом обращении в поликлинику по

месту жительства происходит сверка кода у федерального Data-центра, затем создается чистая история болезни, в которую прописывается кодовый ключ, код пациента и его паспортные данные. Доступ к истории болезни теперь можно получить только при наличии у человека его индивидуальной карты.

Получается, что редактировать карту может любой врач? Это тоже предусмотрено. В нашей стране каждый врач получает лицензию, естественно опять в бумажном виде! Предлагаю выдавать пластиковую карту с индивидуальным шифрованным ключом! В итоге доступ к истории болезни выглядит следующим образом – у пациента есть карточка доступа к его истории болезни, у врача есть карточка - лицензия для доступа к историям болезни, но добавлять записи врач может только когда в устройство для считывания вставлены и его карточка-лицензия и карта доступа пациента. Врач заносит запись в историю болезни и автоматически отмечается, кто внёс изменения и когда. Редактирование карты НЕВОЗМОЖНО, возможно только внесение новых записей! Такой подход исключает фальсификацию документов! Если же пациенту интересно взглянуть на свою историю болезни, то ему просто нужно будет подойти к специальному терминалу в лечебном учреждении и вставить карту. И ВСЁ!

ПРЕДЛОЖЕНИЕ СЕДЬМОЕ

-Денег нет! -А если найду?

Фраза «в нашей стране бесплатная медицина», на мой взгляд, звучит абсолютно абсурдно! Почему? Не каждый знает, что из каждой нашей зарплаты отчисляется 2 % в фонд обязательного медицинского страхования, т.е. человек, зарабатывающий 10 000 в месяц, 200 рублей дарит фонду ОМС, в год получается 2400, за 10 лет 24 000. Получается, что не такие

уж маленькие деньги мы отдаём в государственную копилку. Лично у меня возникает вопрос: «Я работаю, я зарабатываю, своей работой я приношу пользу обществу, и почему я должен отдавать заработанные мной деньги не пойми куда, не пойми на что? Почему на МОИ деньги асоциальным элементам общества (алкоголики, наркоманы, бомжи, безработные) медицинская помощь оказывается в том же объёме и качестве, в каком она оказывалась бы мне, человеку, трудящемуся в обществе на благо общества?» Некоторые скажут: «Как вы можете ТАК говорить о людях? Алкоголики, бомжи и наркоманы – это же тоже живые ЛЮДИ! Вы бесчеловечны!!!» Я не бесчеловечен, я просто хочу справедливости. Прочитав статью до конца, вы поймёте, что в предлагаемой схеме здравоохранения и такие люди смогут получить квалифицированную медицинскую помощь.

Предлагаю проводить отчисления не в фонд ОМС (кормушка для сотрудников фонда), а на индивидуальный счёт каждого человека, в размере не менее существующих 2 % от его зарплаты. Если человек хочет чтобы размер отчислений был больше, то это всегда, пожалуйста.

Наиболее часто люди начинают активно ходить по врачам после выхода на пенсию, а это 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, первые проблемы со здоровьем появляются у людей после 40. А теперь посмотрим на примере того же человека, который зарабатывает 10 000 рублей, какая же картина будет у него в старости? Человек начал работать в 20 лет, к сорока годам на его счёте будет минимум 48 000 рублей, к 60 годам соответственно 96 000. Сумма не маленькая. Таким образом, к моменту начала проблем со здоровьем, у человека будет достаточная сумма на лечение. А если ему понадобится высокотехнологичная помощь, которая стоит больших денег, то и к такому повороту событий человек будет готов.

Возникает вопрос: «А как же новорожденные дети? Они же не работают? Откуда у них деньги? Они же тоже болеют». Сегодня есть два таких понятия как «материнский капитал» и «родовой сертификат». Из них более или менее работает только второе. Зададимся вопросом: «Почему?»

Причина первая – возможность хоть какого-то выбора женской консультации, роддома, детской поликлиники. Правда данная схема работает через пень-колоду. Об этом все знают и все молчат, особенно руководители нацпроекта «Здоровье». Как попасть в желанный роддом к желаемому специалисту? Тут существует много «если», самые распространённые «если» есть места, «если свободен

врача», а при желании таких «если» можно придумать ещё с десяток, а то и с два. Возможность выбора детской поликлиники также очень прозрачна. Причина всё те же «если». И, так как в нашей стране стихийно не строятся роддома и детские поликлиники, то, в принципе, ничего особо не меняется! Участковая система СССР не даёт высвободить достаточное количество мест для возможности выбора. В результате, на 100 % использовать эффективность выделяемых средств невозможно. Хотя, что такое 10000 рублей, делящиеся между 3 учреждениями?

Причина вторая. Одна из целей «родового сертификата» - создание заинтересованности медицинского персонала в качественном предоставлении услуг. В принципе, в тех городах и районах, где есть конкуренция между роддомами, эта схема стала работать, а в отдалённых районах врачи, работающие за «спасибо» или в лучшем случае за банку варенья от пациента, посмеялись и сказали: «А куда вы от нас денетесь? Всё равно к нам прибежите». Причина опять же в участковой системе. Опять не эффективно. У нас вся страна – сплошные районы.

«Материнский капитал», выдаваемый при превышении числа детей в семье более одного, на мой взгляд, ещё одна бредовая идея наглед правительству, сумма его составляет 343 278 рублей, которые можно потратить на приобретение жилья (Ну что такое 300 000 когда 2 комнатная квартира стоит больше 2 миллионов? Образование ребёнка (это уже хоть что-то), либо положить эти деньги на пенсионный счёт.

Для того чтобы обеспечить доступность медицинской помощи новорожденным, предлагаю начислять на индивидуальный счёт новорожденного сумму не менее 150 000 рублей, а в качестве источников финансирования использовать средства, выделяемые на выплату «родовых сертификатов» и «материнского капитала». К сожалению, некоторым новорожденным сразу после рождения требуется жизненно необходимая высокотехнологичная и дорогая медицинская помощь, а родители к этому естественно, оказываются не готовы, вот здесь то и поможет спасти жизнь новорожденного сумма от государства. Если же ребёнок родился здоровым, и родители заботятся о его здоровье (ребёнок ведёт здоровый образ жизни, занимается спортом, развивается и умственно, и физически), то этой суммы с лихвой хватит до его совершеннолетия и всё что у него останется от этой суммы перейдёт в «копилку» к старости.

Такая организация позволит избавиться от мошенников, использующих больных детей ради собственной наживы. Благодаря

такой организации здравоохранения, люди, жертвующие деньги больным детям, больше не будут перечислять деньги на подставные банковские счета, а будут перечислять деньги на индивидуальный счёт больного человека! Для безопасности подобных операций необходимо законодательно запретить использование средств индивидуального медицинского счёта в любых других целях кроме как для оплаты медицинских либо других видов услуг (как в госучреждениях, так и в частных организациях), направленных на восстановление здоровья человека (санатории и т.п.), но в то же время индивидуальный медицинский счёт может пополняться из любых других источников (лично владельцем, либо другими людьми) без возможности возврата денег.

Как это организовать с технической точки зрения? Опять нам на помощь приходит наша пластиковая карточка. Сам медицинский счёт является частью индивидуальной истории болезни, т.е. информация о состоянии счёта изначально располагается на уровне федерального Data-центра, и при не загруженности серверов остальных уровней на них передаётся информация о пополнении в медицинских счетах. По факту оказания медицинской помощи, в зависимости от вида помощи, происходит списание денег с индивидуального счёта. Подробнее об этом будет сказано ниже.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВОСЬМОЕ

**Догадаться, как вас
подстригут в бесплатной
парикмахерской?**

Многие уже поняли, что то, что я предлагаю, это своеобразная форма платной медицины. По сути, мы и сейчас платим за оказание медицинской помощи, только при предлагаемой форме каждый получает то, на что он сам заработал. Ещё одно преимущество такой формы здравоохранения состоит в том, что она абсолютно прозрачна для всех: и для пациента, и для врача, и для контролирующих организаций (об этом немного ниже).

Суть предложения – пациент обращается за помощью к врачу поликлиники за консультацией, цена этой консультации зависит от квалификации врача, наличия у него учёной степени и т.д., но «живых» денег от пациента врач не получает – деньги списываются с индивидуального счёта больного. Цена приёма складывается из затрат на электроэнергию, отчисления поликлинике, отчисления государству, зарплату врача (в зависимости от квалификации) и прочих расходов. Таким образом, врач получает зарплату в зави-

симости от объёма выполненной работы, пациент защищён от «высасывания» врачом денег за приём (каждое посещение записывается в электронную карту пациента и в суде это 100 % доказательство не правомерных действий врача). Взятничество со стороны врачей исчезнет само собой. Поликлиника получает деньги на закупку оборудования и прочие расходы. Государство также получает свой процент на свои нужды.

Для примера возьмём молодого специалиста пришедшего работать в поликлинику. Пусть цена приёма пациента начинающим специалистом будет стоить 200 рублей, из них 100 рублей на зарплату врача, а остальные 100 делят поликлиника и государство. Пусть начинающий врач принимает по 15 человек в день, тогда зарплата за день соответственно 1500, а при 5-дневной рабочей неделе за неделю 7500, за месяц 30 000. Казалось бы, что такое 200 рублей сегодня? Смешные деньги. А зарплата врача уже выглядит прилично, поликлиника и государство также получают прилично. Все довольны. Но! У врача появляется стимул повышать свой профессиональный уровень и заниматься наукой, так как от этого будет зависеть цена приёма пациента. Следовательно, пациент может выбрать себе врача, в зависимости от своих возможностей, соответственно своим потребностям.

В стационарах схема будет аналогичной – за каждым пациентом закрепляется врач и средний медицинский персонал, который будет выполнять всё необходимое для выздоровления пациента. Каждый укол, каждая диагностическая процедура, каждое врачебное вмешательство будут заноситься в карту, и врач или медсестра, выполнявшие процедуру будет нести за неё ответственность и получать за это финансовые средства. Любой врач, пытающийся заработать на пациенте, без проблем привлекается к ответственности благодаря компьютерной регистрации. Если действия врача оказываются ошибочными и пациент несёт убыток, то материальные средства должны быть возвращены. Естественно, затраты на нахождение пациента в стационаре также будут списываться со счёта пациента.

Вновь возникает проблема – социальные койки. В больницу периодически поступают люди без прописки, а выписать пациента из больницы на улицу врач не имеет права. В результате, такие люди попадают на социальные койки. Они нигде не работают, получают бесплатное больничное питание, бесплатную медицинскую помощь и добавляют практически не оплачиваемой работы младшему и среднему медицинскому персоналу. К ним

применим термин «человек-потребитель». Они не создают никаких благ для общества, а на сегодняшний день государство полностью обеспечивает их на народные средства! Как было сказано выше, в предлагаемой схеме каждый день нахождения больного в стационаре ОПЛАЧИВАЕТСЯ с его индивидуального счёта, и для людей на социальной койке это так же не должно являться исключением! Если у него заканчиваются средства на индивидуальный счёт – пусть идёт работать, и все заработанные средства будут идти на оплату его существования в клинике. Мне приходилось разговаривать с такими людьми, на вопрос: «Вот чего вы здесь лежите и телевизор смотрите целыми днями? Шли бы работать!», - ответ всегда был одинаков: «Кто же меня на работу без прописки возьмёт?» Ради интереса решил слухавить: «У нас уборщик территории уволился. Хотите, договорюсь, так вас на его место возьмут? Деньги не большие, но всё-таки...», - ответ также был одинаков у всех: «А мне это надо? У меня и так есть все, что мне нужно». Одно могу сказать, человек не должен быть только потребителем.

А что же делать, если человек поступил в стационар без сознания и карточки, или карточки у него вообще нет? Отказаться в оказании медицинской помощи? Зачем отказываться, если каждая услуга больницы имеет свою цену. Заводим на пациента временную историю болезни (отличается от основной тем, что для её ведения не нужна карточка пациента), если карточка пациента потом доставляется родственниками или другими путями, то информация с временной истории болезни переносится на основную и, естественно, списываются материальные средства. Если карточки нет, и пациент не хочет добровольно возместить затраты на лечение, то информация о проведённых врачебных вмешательствах с указанием их цены передаётся в суд. Любая работа должна быть оплачена.

Программное управление такой схемой, несмотря на её объёмность, сохраняет её абсолютно прозрачной. Для осуществления данной схемы разрабатываемый комплекс должен иметь прямую связь с бухгалтерским учётом, а конкретно, либо с бухгалтерским комплексом 1С Бухгалтерия, либо с заново разработанным комплексом аналогичным 1С, но адаптированным для применения в новой системе управления и учёта. Конечно, этот момент может показаться несколько сложным с точки зрения реализации программного кода, но вопрос всё же имеет решение.

Продолжение следует

**Евгений Масько,
5 курс лечебный факультет**

ПОЗДРАВЛЯЕМ НАШИХ СОТРУДНИКОВ, ОТМЕЧАЮЩИХ ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ В НОЯБРЕ:

Чепурову Веру Петровну
Третьякову Ирину Александровну
Медведеву Валерию Вячеславовну
Старцеву Ольгу Геннадиевну
Жданова Владимира Александровича
Журавлеву Лидию Михайловну
Загребельную Ольгу Васильевну
Лебединцеву Елену Анатольевну

ЖЕЛАЕМ ВСЕМ КРЕПКОГО ЗДОРОВЬЯ, УСПЕХОВ, ЛИЧНОГО СЧАСТЬЯ, БЛАГОПОЛУЧИЯ И ОТЛИЧНОГО НАСТРОЕНИЯ!

Профком СГМУ приглашает посетить кинотеатр «Искра» со скидкой 50 %. Студенческие сеансы каждый вторник. Информация о времени начала сеансов в профкоме или по телефону 27-66-27 (автоответчик).

ФОТОРЕПОРТАЖ



НАШИ ИНОСТРАННЫЕ СТУДЕНТЫ
ОТМЕТИЛИ ПРАЗДНИК ДИВАЛИ

МЕДИК СЕВЕРА

ГАЗЕТА СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Редсовет: А.М. Вязьмин (председатель), Ю.В. Агафонов, Е. Антушева, В.П. Быков, М.Л. Гарцева, Е.Ю. Зеленкова, Л.А. Зубов, М. Кустышев, В.П. Пашенко, В.П. Рехачев, А.Г. Сердечная, Ю.А. Сумароков, Г.С. Щуров, Н. Флеглер.
Редактор – зав. пресс-службой СГМУ Марина Максимова.
Пресс-секретарь Екатерина Неманова. Дизайн и верстка – Евгений Корсаков

Северный государственный медицинский университет объявляет конкурсный отбор на замещение должностей научно-педагогических работников с последующим заключением трудового договора:

доцент каф. лучевой диагностики и лучевой терапии – 0,5 должн.;
доцент каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы;
доцент каф. общей и биохимической химии – 0,25 должн.;
доцент каф. ортопедической стоматологии;
доцент каф. социально – культурологических дисциплин факультета менеджмента;
старший преподаватель каф. финансы и кредит факультета менеджмента;
старший преподаватель каф. менеджмента и маркетинга факультета менеджмента – 3,0 должн.;
старший преподаватель каф. экономики факультета менеджмента;
ассистент каф. акушерства и гинекологии;
ассистент каф. инфекционных болезней с курсом детских инфекций;
преподаватель каф. гуманитарных наук – 0,75 долж.

Документы принимаются в течение месяца со дня опубликования по адресу: г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, каб. № 2224, тел. 21-12-52. С условиями трудового договора и квалификационными требованиями можно ознакомиться в отделе кадров, тел. 28-57-93.

Северный государственный медицинский университет объявляет выборы на должность заведующего кафедрой:

семейной медицины и внутренних болезней;
физической культуры и оздоровительных технологий

Документы принимаются в течение месяца со дня опубликования по адресу: г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, каб. № 2117, тел. 28-59-51. С условиями трудового договора и квалификационными требованиями можно ознакомиться в отделе кадров, тел. 28-57-93.

Газета зарегистрирована в Северо-Западном окружном межрегиональном территориальном управлении Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовой коммуникации.
Свидетельство ПИ № 3-5516 от 19 октября 2001 года.

Адрес редакции: 163061 г. Архангельск, Троицкий пр., 51
Телефон редакции: 28-57-98. E-mail: press@nsmu.ru
Электронная версия газеты на сайте www.nsmu.ru
Отпечатано в ОАО ИПП «Правда Севера», 163002, г. Архангельск, Новгородский пр., д. 32, e-mail: gazeta@atnet.ru. Заказ № 8675, тираж 1500 экз.