

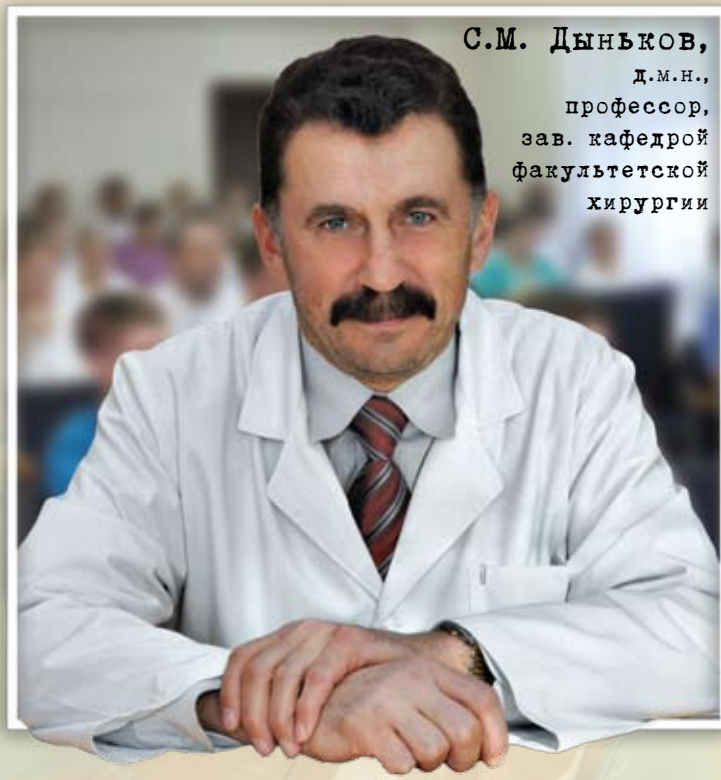
МЕДИК СЕВЕРА



Газета Северного государственного медицинского университета



М.Л. Левит,
д.м.н.,
профессор
кафедры лучевой
диагностики,
лучевой
терапии
и клинической
онкологии



С.М. Дыньков,
д.м.н.,
профессор,
зав. кафедрой
факультетской
хирургии

Хирургические кафедры СГМУ в лицах
стр. **I-3**



В.П. Быков,
д.м.н.,
профессор,
зав. кафедрой
госпитальной
хирургии



И.А. Турабов,
д.м.н.,
профессор,
зав. кафедрой
детской
хирургии

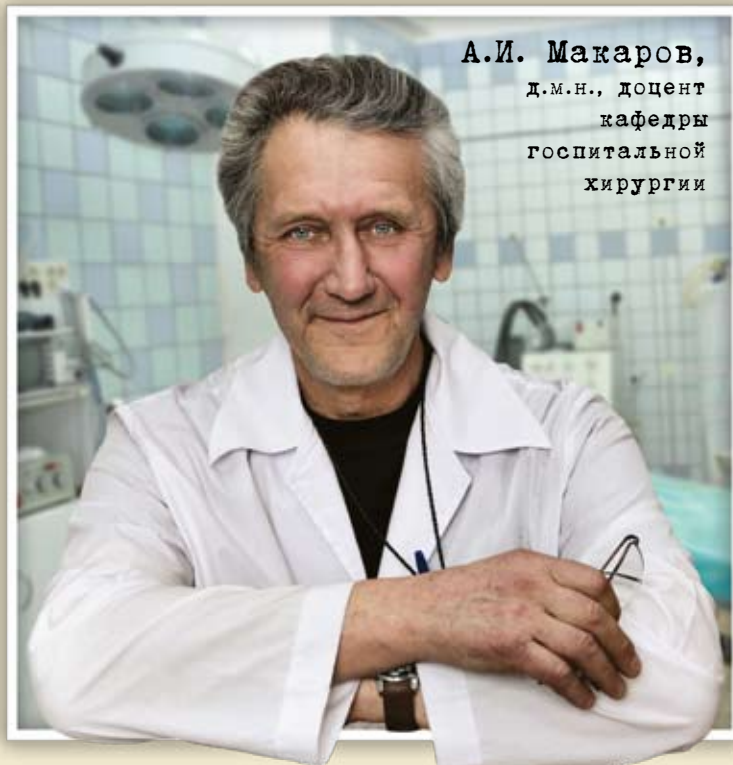


М.А. Калинин,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
оториноларингологии,
главный внештатный
отоларинголог
области

I Войно-Ясенецкие чтения

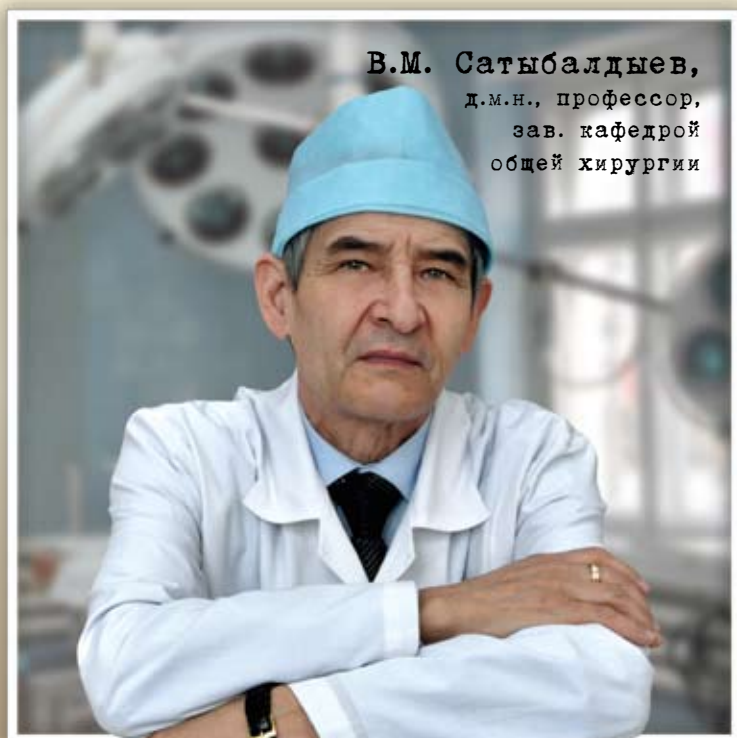
25 апреля этого года в стенах СГМУ пройдут I Войно-Ясенецкие чтения, посвященные 135-летию со дня рождения профессора хирургии и епископа Русской Православной Церкви — святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Этому событию предшествовал ряд подготовительных этапов.

В апреле 2003 года в СГМУ прошел Международный семинар «Христианство и медико-социальное служение», собравший духовенство, преподавателей, студентов вузов, медицинских и социальных работников Архангельской области, Москвы, Петербурга, Костромы, Карелии, а также Белоруссии и

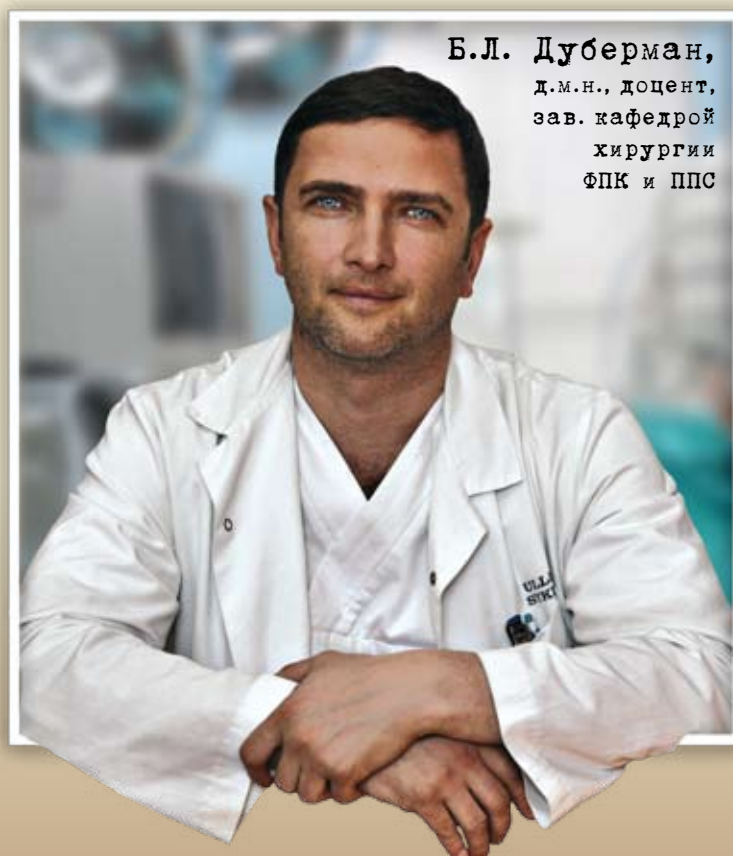


А.И. Макаров,
д.м.н., доцент
кафедры
госпитальной
хирургии

Норвегии. Устроителями семинара по благословению епископа Архангельского и Холмогорского Тихона стали медицинский университет, благотворительная организация «Рассвет», Общество православных врачей во имя иконы Божией Матери «Целительница» города Архангельска, а также Министерство здравоохранения РФ, научный центр Северо-Западного отделения Российской Академии наук. Целью семинара стало совместное желание объединить усилия медицинских работников, педагогов, представителей Православной Церкви, общественных и благотворительных организаций в благородном деле служения больным и нуждающимся.



В.М. Сатыбалдыев,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
общей хирургии



Б.Л. Дуберман,
д.м.н., доцент,
зав. кафедрой
хирургии
ФПК и ППС

В.А. Попов,
д.м.н., профессор
кафедры общей
хирургии



В рамках семинара прозвучали доклады, посвященные 125-й годовщине со дня рождения святителя Луки (Войно-Ясенецкого). По итогам работы была принята резолюция, в которой в числе прочего говорилось о важности увековечения имени святого и хирурга на нашей Северной земле, в связи с его медико-социальным и духовным служением в Архангельске и Котласе.

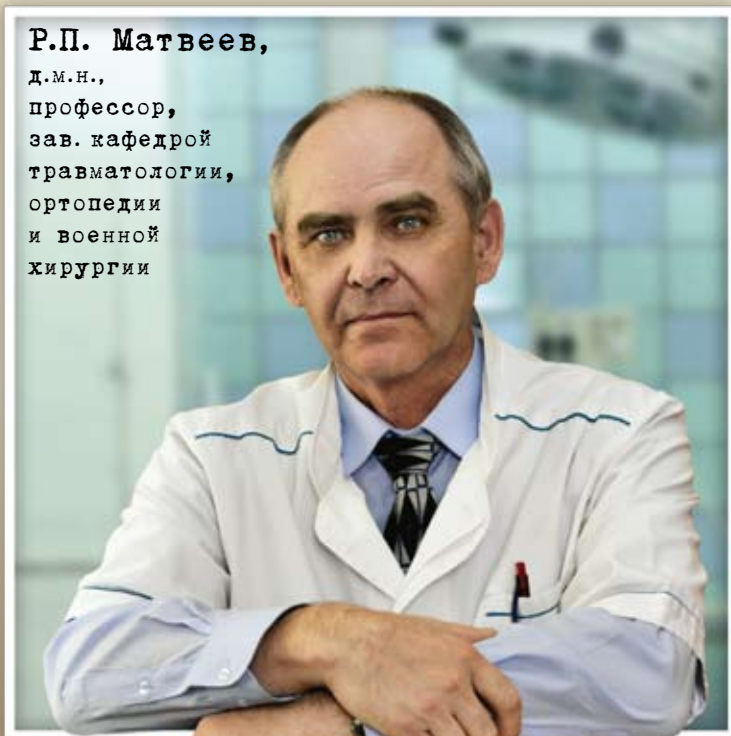
В октябре 2007 года в Котласской центральной городской больнице прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Хирургические проблемы от эпохи В.Ф. Войно-Ясенецкого до современного периода», приуроченная к 130-летию со дня рождения святителя и 80-летию КЦГБ. Подводя

итоги конференции, главный врач КЦГБ С.А. Суханов, объявил, что с благословения епископа Архангельского и Холмогорского Тихона, по желанию большинства медперсонала больницы им будет иницирован вопрос о присвоении КЦГБ имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого), а также о создании памятной доски в холле с датами служения святителя в Котласской больнице и краткой биографической справкой. Во время ссылки в начале 30-х годов XX века святитель Лука — опытный хирург, уже получивший широкую известность в медицинских кругах, некоторое время работал в Котласской центральной городской больнице. Одновременно с этим он участвовал в богослужениях и трудился над своей самой известной книгой — «Очерки гнойной хирургии», которая до сих пор служит учебным пособием для студентов-медиков.

«Носить его имя, — подчеркнул С.А. Суханов, — это большая честь для нас, но и большая ответственность, поскольку мы должны соответствовать святому имени Владыки, стараться всецело подражать подвигам его жизни в деле спасения человеческих жизней!». Инициатива главного врача КЦГБ была в скором времени воплощена в жизнь.

Продолжая эти традиции, в 2012 году в СГМУ было принято решение создать именную аудиторию святителя Луки (Войно-Ясенецкого), а также провести Войно-Ясенецкие чтения, посвященные 135-летию со дня рождения святителя, и сделать их традиционными. В этом году чтения решено совместить с Областной научно-практической конференцией хирургов. На базе Городской клинической больницы № 1 имени Е.Е. Волосевич будет проведен мастер-класс по хирургии и заслушан отчет «О хирургической службе Архангельской области за 2011 год и перспективах ее дальнейшего развития».

Р.П. Матвеев,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
травматологии,
ортопедии
и военной
хирургии



А.У. Минкин,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
челюстно-лицевой
хирургии
и хирургической
стоматологии



фото
Екатерины
Немановой

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В начале апреля на базе СГМУ состоялась ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция «III Апрельские чтения памяти профессора М. В. Пиккель». На чтениях прозвучал ряд докладов наших специалистов. Среди прочих участниками конференции было отмечено выступление зав.кафедрой фтизиопульмонологии, профессора, члена-корр. РАМН А.О. Марьяндышева.

Туберкулёз до сих пор остаётся проблемой номер один среди инфекционных заболеваний. Однако, что касается его диагностики, лечения и профилактики, мы до недавнего времени продолжали пользоваться в основном наработками прошлых лет. Микроскопия, открытая столетие назад, стрептомицин – первый антибиотик для лечения туберкулёза, вакцинация БЦЖ...

Конечно, такое положение дел не устраивало мировое сообщество, и в 2000 – 2004 годах были созданы огромные фонды, сотрудничающие с ВОЗ, направленные на развитие новых диагностических систем, разработки лекарственных препаратов и вакцин. Сегодня мы очень тесно взаимодействуем с этими фондами.

Все мы прекрасно знаем, что существуют клинические формы туберкулёза, существует Международная классификация болезней, но для нас принципиально не так важно, какая форма туберкулёза у пациента. Безусловно, мы её учитываем, когда проводим дифференциальную диагностику и формулируем диагноз в соответствии с МКБ, но самое главное для нас – чувствительность микобактерии туберкулёза к препаратам первого ряда. Если она сохранена, то мы без проблем излечим больного в течение шести месяцев, а в ближайшее время эти сроки будут ещё короче. Если же микобактерия устойчива к двум основным препаратам – это уже множественно лекарственно устойчивый туберкулёз, и мы лечим больного – ребёнка или взрослого – два года. А если микобактерия устойчива ещё к двум препаратам – аминогликозидам и фторхинолонам, мы диагностируем широкую лекарственную устойчивость и редко можем помочь этим больным. Кроме того, в последние годы добавилась ещё одна серьёзная проблема – сочетание поражения ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом.

Ежегодно в мире диагностируются 8,8 миллиона больных туберкулёзом, 1,45 миллиона – умирают, у 440 тысяч выявляется множественная лекарственная устойчивость, у более чем 50 тысяч – широкая лекарственная устойчивость и более чем у 1 миллиона – сочетанная инфекция.

Существуют критерии заболеваемости, смертности, установленные ВОЗ, для европейского сообщества – это, соответственно, 48 (в 2008 году) и 7. Критерия по заболеваемости достигли все западно-европейские страны, и Архангельская область уже тоже близка к нему. Заболеваемость у нас составляет 64, в большой степени за счёт заболеваемости в местах лишения свободы, где сегодня в большин-

стве регионов Российской Федерации, можно сказать, эпидемия туберкулёза. Это справедливо и для Архангельской области, хотя ситуация у нас более благополучная и соблюдаются все стандарты диагностики и лечения туберкулёзной инфекции. Но, несмотря на это, туберкулёз в местах лишения свободы до сих пор влияет на эпидемическую ситуацию достаточно активно.

В прошлом году у нас диагностировано 494 новых случая туберкулёза и 93 рецидива заболевания. Эти сведения важны в эпидемиологическом отношении – больные чаще всего имеют множественные контакты со здоровыми людьми и, самое главное, с детьми. Ребёнок в семье может получить инфекцию только от взрослого больного с бактериовыделением, но риск заболевания относительно невелик – 5-10%. А если контакт кратковременный, то он ещё меньше, до 5%.

Смертность от туберкулеза у нас в два раза меньше средней по России. В этом отношении мы соответствуем среднеевропейским показателям, и это определённый повод для гордости. Но это ещё не предел, хотелось бы достичь показателя скандинавских стран, и в ближайшее время мы должны это сделать. Количество больных, умерших от туберкулёза в прошлом году, – 76, в местах лишения свободы – 4. Учитывая, что заболеваемость в Архангельской области в полтора раза ниже среднероссийской, можно сказать, что ситуация с туберкулёзом у нас относительно благополучная, близкая к средней европейской стране. Но так в Российской Федерации дело обстоит далеко не всюду – в других регионах ситуация совершенно иная, особенно на Урале, в Сибири, на Дальнем Востоке.

В борьбе с туберкулёзом крайне важны актуальные системы диагностики, и в этой сфере в последние годы произошли революционные изменения. Микроскопия сегодня остаётся по-прежнему актуальным методом, и мы централизовали её на базе одного диспансера с целью повышения качества исследования. То же самое сделали в Северодвинске и Котласе.

Второй важный момент – все регионы в стране до сих пор пользуются твёрдыми средами, хотя в 2/3 есть аппараты для жидких сред, полученные по проекту глобального фонда. Однако в большинстве клиник ими не пользуются из-за высокой стоимости расходных материалов. В Архангельской области мы используем жидкие среды для диагностики каждого пациента, и сейчас культура вырастает не позднее месяца, в среднем за 8 дней.

Следующий важный момент – изменения, которые произошли в диагностике туберкулёза после введения в клиническую практику метода ПЦР в реальном времени. Аппарат Gene Xpert, находящийся у нас в диспансере, позволяет в течение двух часов определить наличие в материале микобактерии туберкулёза и оценить её устойчивость к рифампицину, то есть сразу же разделить категории пациентов на чувствительный или МЛУ туберкулёз. Это даёт нам возможность с первого же дня адекватно прописывать схему терапии. Этот прибор (или его российские аналоги) в перспективе заменит микроскопические исследования. Причём методика работы с ним очень простая – больному надо лишь откашлять мокроту в контейнер, затем персонал (даже неподготовленный) устанавливает картридж в машину. И уже через два часа готов ответ.

Следующий метод ПЦР – линейный скрининг, все наши пациенты также имеют возможность его пройти. В течение 5 дней мы можем получить информацию о комплексе микобактерии туберкулёза, то есть определить, какой вид микобактерии туберкулёза присутствует у данного пациента. У нас есть возможность диагностировать более 50 микобактериозов, и эти исследования доступны для каждого нашего пациента, даже находящегося в местах лишения свободы.

ПЦР метод – Genotype имеет ещё два набора, один позволяет определить устойчивость к двум основным препаратам – изониазиду и рифампицину, а второй – к препаратам второй линии, фторхинолонам и аминогликозидам. Устойчивость к основным лекарственным препаратам определяется в течение пяти дней, и в течение следующих пяти – ко всем антибактериальным препаратам. Таким образом, туберкулёз – единственное инфекционное заболевание, приступая к лечению которого мы имеем все данные о чувствительности микобактерии к лекарственным препаратам. Это позволяет нам выбрать адекватный стандарт лечения.

Важно, чтобы процент бактериологического подтверждения диагноза был очень высоким. Мировой стандарт составляет 70%, и в прошлом году мы его достигли, хотя это удалось далеко не всем европейским странам. В прошлом году 304 из 494 новых случаев туберкулёзной инфекции имели бактериологическое подтверждение. Мы обнаружили микобактерию либо простой микроскопией, либо культуральными исследованиями. Из 93 рецидивов бактериологическое подтверждение имели 72. Конечно, мы сразу же определили лекарственную

чувствительность. В 60% новых случаев она сохранена, среди рецидивов чувствительны всего лишь 31%, 10% – устойчивы к изониазиду, остальные 31% – МЛУ. К сожалению, был один случай, когда мы получили тотальную лекарственную резистентность, стандарта лечения которой нет.

Стандартные режимы терапии, которыми мы пользуемся, были внедрены в 2005 году, и они дают хорошие результаты. При сохранённой чувствительности сроки лечения составляют 6 месяцев, при множественной лекарственной устойчивости – 2 года. При устойчивости к изониазиду – 9 месяцев.

К сожалению, мы являемся территорией, находящейся в лидерах по распространению больных с МЛУ туберкулёзом – в прошлом году диагностировано 167 новых случаев с этой категорией. 280 больных находятся сейчас на лечении в диспансере.

Серьёзной проблемой является туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью. Всего 67 стран мира (из 193 независимых государств) подают в ВОЗ информацию о больных с широкой лекарственной устойчивостью. Российская Федерация не входит в их число, так как большинство регионов не имеют достоверных тестов для определения широкой лекарственной устойчивости. В Архангельской области мы ввели термин «широкая лекарственная устойчивость» на следующий день после его появления в ВОЗ, и сразу же стали регистрировать таких пациентов. В 2011 году было диагностировано 22 случая ШЛУ туберкулёза, за последние семь лет – более 90. К сожалению, всё, что мы можем, – это изолировать этих больных в нашем диспансере, и 70 пациентов с ШЛУ уже погибли. Был у нас один случай широкой лекарственной устойчивости и у ребёнка, но нам удалось его вылечить.

Другая серьёзная проблема – это сочетанная патология. В отношении ВИЧ-инфекции Архангельская область является пока заповедным краем, и у нас всего лишь 7 больных с сочетанной инфекцией. В то время как сейчас только по Северо-Западу Российской Федерации зарегистрировано 15 тысяч ВИЧ-инфицированных. Архангельская область находится на первом месте по малой распространённости данного заболевания, в нашем регионе более 400 людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Но это основная категория пациентов, болеющих туберкулёзом. В африканских странах не могут остановить эпидемию туберкулёза, потому что там во многих странах от 5 до 15% взрослого населения инфицированы ВИЧ.

И поэтому в Южной Африке, Замбии и некоторых других странах около 1000 больных на 100 тысяч населения, что является показателем эпидемии туберкулёза.

Любой ВИЧ-инфицированный, становясь с туберкулёзом, а это воздушно-капельная инфекция, вдыхает микобактерию туберкулёза. Когда-то у него всё равно произойдёт снижение иммунитета, и обязательно разовьётся заболевание. Именно потому большинство ВИЧ-инфицированных пациентов (более 50%) умирают от туберкулёза. Сегодня очень сложная ситуация в Санкт-Петербурге, Ленинградской области, в Иркутске, в Калининградской области и даже у наших коллег в Мурманской обла-

сти – у них уже треть пациентов имеют сочетанную инфекцию.

Имея на сегодняшний день быструю диагностику туберкулёза, мы подходим к созданию базы данных, молекулярной эпидемиологии. Мы сейчас изучаем внутрибольничные вспышки, создаём банк данных генотипов микобактерий. Для этого есть три метода исследования, применяющиеся и для других возбудителей болезней. Это споллиготимирование, RFLP-анализ и MIRU-VNTR. Последние исследования показали, что сегодня мы имеем дело с совершенно новой эпидемией туберкулёза, с микобактерией, которая была распространена из Китая. Это Beijing-генотип, который является ведущим среди больных туберкулёзом и у нас. Мы пришли к выводу, что при создании в нашей области банка данных мы будем идти по пути наименьших финансовых затрат. Новый метод MIRU-VNTR позволяет генотипировать микобактерию по 24 локусам, является более быстрым и наименее затратным.

Генотип микобактерии подобен отпечаткам пальцев у человека – если мы определили генотип одной микобактерии туберкулёза и, спустя какое-то время, обнаружили его же у другого больного, путь распространения доказан. Конечно, если ребёнок заболел в семье, где кто-то из родственников болен туберкулезом с бактериовыделением, у нас не стоит вопроса об источнике инфекции. Но если контакт не обнаружен, то источник инфекции и его лекарственную чувствительность очень просто найти по банку данных. Соответственно, в перспективе мы получаем совершенно другой подход к контролю распространения туберкулеза.

Крайне важным вопросом является диагностика и лечение туберкулёза у детей. В последние годы количество заболевших уменьшается, это связано с улучшением общей эпидемиологической ситуации. В прошлом году мы диагностировали заболевание у 11 детей, у 10 из которых – туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. Кроме того, у подростков наблюдаются вторичные формы – инфильтративный, очаговый туберкулёз. По сравнению с общероссийским показателем у нас заболеваемость детей в три раза меньше.

Методика выявления туберкулёза у детей строится достаточно просто. Во-первых, это обследование по контакту с больным туберкулёзом. Если диагностирован туберкулёз у взрослого, мы очень активно работаем с контактами – не только семейными, а по подъезду, дому, знакомым. Второй момент – массовая туберкулинодиагностика и флюорография у подростков. И наконец, обследование по жалобам.

В прошлом году туберкулёз у детей был выявлен следующим образом: 50% – из контакта, 43% – по туберкулиновым пробам, остальные – по ФОГ, и один ребёнок – по симптомам. Это хорошее качество диагностики. Однако и здесь есть свои сложности. Так, при диагностике с помощью туберкулиновых проб сложно определить устойчивость микобактерии.

Стандарта лечения МЛУ туберкулёза у детей нет, мы пользуемся стандартами ВОЗ, потому что сами принимали участие в их разработке. Особая сложность – тяжёлые побочные эффекты терапии, но нам удалось их купировать, и мы можем сказать, что вы-

лечили детей без вреда для их здоровья. К счастью, в последние годы МЛУ туберкулёз у детей диагностируется редко, это единичные случаи. Качество лечения достаточно хорошее – все дети поправились, независимо от лекарственной чувствительности.

Сегодня доступны новые тесты, определяющие инфицированность туберкулёзом. Ведь традиционный туберкулин даёт очень много неспецифических реакций, и встаёт вопрос, действительно ли это инфицированность? Поэтому в последние годы было проведено множество исследований с целью поиска других диагностических тестов. В 2004 году Оксфордская лаборатория получила от Международного союза борьбы с туберкулёзом премию за разработку нового диагностического метода с использованием двух специфичных белков. Сейчас в Архангельской области доступно два теста, основанных на этой методике. Первая проба – Quantiferon TB Gold, позволяющая определить гамма-интерферон в венозной крови после добавления к ней двух специфичных белков. При наличии инфицированности Т-лимфоциты начинают выделять гамма-интерферон, которого в норме в крови нет.

Второй метод – диаскин-тест – отечественная разработка, не требующая забора крови из вены. Тест напоминает туберкулиновую пробу, за тем лишь исключением, что вместо туберкулина в кожу вводятся эти же два специфичных белка. Правда, этот метод даёт чувствительность на 20% меньше (78%), в то время как Quantiferon – 95%.

Мы продолжаем вакцинацию БЦЖ. В настоящее время также ведутся исследования по её модификации, появились даже интраназальные вакцины. Фонд «AERAS», различные научно-исследовательские институты продолжают разрабатывать вакцины.

Стоит также вопрос о снятии ревакцинации БЦЖ. В других странах уже принята одна вакцинация, причём по мере улучшения эпидемиологической ситуации вакцинация сдвигается на более старший возраст. Так, в Норвегии сначала она проводилась в возрасте 7 лет, затем – в 14, и в прошлом году они вообще остановили вакцинацию и теперь осуществляют её только по показаниям. К этому следует стремиться и нам.

Актуальной проблемой остаются и поствакцинальные осложнения от БЦЖ, они по-прежнему находятся на первом месте среди всех поствакцинальных осложнений, хотя мы уже почти полностью перешли на БЦЖ-М. Следует также помнить, что вакцинация не может полностью защитить от заболевания, она лишь предупреждает развитие тяжёлых форм, в частности туберкулёзного менингита, но именно поэтому в ней по-прежнему есть крайняя необходимость.

При таком прорыве научных исследований можно сказать, что очень скоро многое в диагностике, лечении и профилактике туберкулёза изменится. В ближайшие 5–8 лет появятся новые вакцины, будут активно внедряться новые методы диагностики, станет развиваться молекулярная эпидемиология. Начало этому уже положено, и впереди ещё много работы, потому что до полного уничтожения этой болезни ещё далеко. Но мы всегда должны помнить, что туберкулёз может и должен быть побеждён.

Материал подготовила Елена Антушева



*Валентина Владимировна
Бровкина –
первый врач-стоматолог
города Архангельска*

В этом году исполняется 65 лет с того дня, как на пороге Архангельского областного отдела здравоохранения появилась молодая девушка, выпускница Ленинградского государственного медицинского института, с просьбой о трудоустройстве. Шел 1947-й, а нашей героине было всего 24 года.

Когда чиновница отдела здравоохранения поинтересовалась, какую специальность представляет молодой специалист, прозвучало слово «стоматология». Начальница удивилась, такой специальности она не знала, до сих пор врачей-стоматологов в Архангельске не было, зубопротезированием занимались зубные врачи и зубные техники.

Этой молодой девушкой-специалистом была Валентина Владимировна Бровкина – человек, ставший у истока создания и развития хирургической стоматологической службы и стоматологического образования в нашем городе. Ученица ленинградского профессора с мировым именем А.А. Лимберга привезла в Архангельск и стала внедрять в своей работе новые современные для того времени подходы и методы лечения болезней зубов и челюстно-лицевой области.

Свою трудовую деятельность в Архангельске в качестве врача-стоматолога В.В. Бровкина начала в зубопротезном отделении поликлиники имени В.И. Ленина Октябрьского района.

В 1951 году Валентина Владимировна была приглашена на работу в качестве врача-ординатора в клинику госпитальной хирургии Архангельского государственного медицинского института, которой в то время руководил профессор Г.М. Давыдов. Обладая редким трудолюбием, добросовестностью, склонностью к преподавательской работе, она в 1955 году заняла должность ассистента по курсу челюстно-лицевой хирургии.

Быстро достигнув успехов в практической работе, наша героиня стала первым челюстно-лицевым хирургом г. Архангельска, овладев техникой многих сложных операций на лице, челюстях, в полости рта

и на шее. Особенно привлекали ее кожно-пластические операции. В то же время как врач клиники госпитальной хирургии В.В. Бровкина прекрасно справлялась и с некоторыми общехирургическими вмешательствами, такими как аппендэктомия, грыжесечение и многими другими.

В это время Валентина Владимировна работала под руководством прекрасного специалиста, уникального хирурга, профессора В.Ф. Целя, которого она с благодарностью вспоминает каждый день и наряду с профессором А.А. Лимбергом считает своим главным учителем в специальности.

С 1958 года В.В. Бровкина – первый главный внештатный стоматолог Архангельской области, первый председатель областного научно-медицинского общества стоматологов. В 1959 году она приняла активное участие в проведении курсов группы медицинских фельдшеров области для оказания зубопротезной помощи населению, организованных по решению Облздравотдела и при поддержке отдела специализированной медицинской помощи МЗ РСФСР.

Валентина Владимировна принимала участие в создании стоматологического факультета Архангельского государственного медицинского института, который был открыт в 1958 году. Идея открытия факультета принадлежала профессору А.А. Кирову, бывшему в то время ректором АГМИ. С 1962 года В.В. Бровкина – ассистент, а с 1963 по 1975-й – заведующая кафедрой хирургической стоматологии.

Совместно с врачом-стоматологом Р.Г. Воробьевой В.В. Бровкина причастна к внедрению общего обезболивания (наркоза) в медицинских учреждениях г. Архангельска. Следует подчеркнуть, что именно стоматологи в 1962 году явились инициаторами применения общего обезболивания в нашем городе.

В 1967 году Валентиной Владимировной была успешно защищена кандидатская диссертация, обобщившая большой опыт по хирургическому лечению врожденных расщелин верхней губы. При этом был разработан ряд оригинальных технических приемов. Ранее эти операции у нас на Севере производились отдельным больным лишь эпизодически, подчас с весьма скромными результатами. Благодаря усилиям В.В. Бровкиной в период с 1953 по 1965 год была проведена диспансеризация больных с расщелинами губы в Архангельске и области. В связи с ранним выявлением, хорошо налаженным учетом дети с врожденными пороками лица стали получать своевременное правильное комплексное лечение.

С 1976 года В.В. Бровкина продолжала работать доцентом кафедры хирургической стоматологии АГМИ–АГМА вплоть до выхода на пенсию в 1997 году. Трудовой стаж ее составил 50 лет.

Валентина Владимировна – высококвалифицированный преподаватель; ее лекции и практические занятия отличались последовательностью, логичностью, профессионализмом, духовностью, получали высокие отзывы у студентов. Бывали случаи, когда по окончании лекции студенты вставали и благодарили преподавателя аплодисментами. Длительное время она проводила подготовку врачей-интернов Краснознаменного Северного флота.

В.В. Бровкиной опубликовано более 50 научных работ, сделано более 150 научных докладов по актуальным вопросам хирургической стоматологии. Среди научных достижений следует отметить оригинальный метод лечения ожогов лица мономером пластмассы АКР-7, внедрение пластики дефекта нижней челюсти комбинированным аутоотрансплантатом ребра. Под ее руководством выполнены и защищены 2 кандидатские диссертации. Она была участником нескольких Всесоюзных съездов и научно-практических конференций врачей-стоматологов.

Хочется отметить заслуги В.В. Бровкиной перед областным здравоохранением. С 1948 года она консультант и оперирующий хирург больницы Архоблздравотдела. Сейчас, когда в нашем городе открыто несколько центров косметической хирургии, следует вспомнить, что у истоков пластической хирургии в Архангельске стояла В.В. Бровкина. Поэтому недаром ее называют своим учителем многие из практикующих ныне хирургов-косметологов.

Долгие годы осуществляла Валентина Владимировна кураторство над врачами-стоматологами в городах Нарьян-Маре, Котласе, Коряжме, а в последние годы трудовой деятельности – в медицинских учреждениях г. Северодвинска.

Заслуги В.В. Бровкиной перед архангельской медициной отмечены многочисленными благодарностями, почетными грамотами, значками «Отличник здравоохранения», «Ударник коммунистического труда», медалью «Ветеран труда». Она является почетным членом Ассоциации стоматологов России.

Некоторые из учеников В.В. Бровкиной стали профессорами, заведующими кафедрами, преподавателями, прекрасными практическими врачами. Среди них можно назвать директора ЦНИИС и ЧЛХ (Москва), профессора А.А. Кулакова, московского профессора В.А. Семкина, доцента из Санкт-Петербурга В.М. Рехачева, архангельского профессора Ю.Л. Образцова, доцента Е.Д. Евстифеева и многих других.

Сама Валентина Владимировна считает, что была предназначена в жизни для медицины и педагогики. Каждый новый больной для нее – это новые мысли, новые планы, новые дела, так как двух одинаковых больных, считает она, не бывает. Главное кредо ее жизни – помогать людям. Во многом высокий авторитет Валентины Владимировны связан с ее личностью. Ум, принципиальность, благожелательность в сочетании с требовательностью, честностью, достоинством породили высокий авторитет ее как врача и человека. Она до настоящего времени живо интересуется всем новым в жизни своего родного медицинского университета, стоматологического факультета и профильных кафедр.

Коллектив кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СГМУ, стоматологическая общественность Архангельска, пациенты желают В.В. Бровкиной здоровья, бодрости, благодарят за полученные знания и избавление от недугов.

Е.А. Минин, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, профессор, хирург, архиепископ (к 135-летию со дня рождения)

Архиепископ Лука (часть третья)

Воспитанный в религиозной семье, рано потеряв супругу, В.Ф. Войно-Ясенецкий стал чаще бывать в церкви. В 1921 году он, будучи уже известным хирургом и профессором университета, вступает на путь монашества. При постриге ему было дано имя Луки, в честь евангелиста и апостола Луки, который по преданию был врачом и иконописцем, создавшим первое изображение Богоматери. «Это было трудное для меня время, — вспоминал архиепископ Лука, — когда мне приходилось совмещать богослужение и проповедь в кафедральном соборе с заведыванием кафедрой... и чтением лекций». Добровольно приняв сан священнослужителя, он не только не сократил, но и расширил занятия научной деятельностью. Об этом свидетельствует его активное участие в подготовке и работе 1-го научного съезда врачей Туркестанской республики, который состоялся в октябре 1922 года. Войно-Ясенецкий выступил с докладами: «Операции при гнойном поражении хрящей», «О лечении хирургического туберкулёза», «Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава», «Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти руки», «О ранах диафрагмы». В декабре 1922 года на заседании научного общества сделал сообщение «Массаж сердца и его хирургия». В 1923 году опубликовал 2 работы в немецких хирургических журналах, в 1924 — в журнале «Вестник хирургии». В статье «О перевязке сосудов при удалении селезёнки» раскрывается разработанный им оригинальный способ операции. Действительно, 1921-1923 годы в жизни Войно-Ясенецкого оказались не только годами начала его священнической деятельности, но и творческим расцветом его научной работы в области хирургии.

Хиротония с наречением архиерея Луки титулом епископа Ташкентского и Барнаульского состоялась 31 мая 1923 года. Ввиду невозможности отъезда в Барнаул Луке было предложено возглавить Туркестанскую епархию. Получив согласие настоятеля кафедрального собора, в воскресенье, 3 июня, в день памяти равноапостольных Константина и Елены, епископ Лука отслужил свою первую воскресную всенощную литургию в кафедральном соборе. На следующий день, 4 июня, в стенах Туркестанского государственного университета состоялся студенческий митинг, на котором было принято постановление с требованием увольнения профессора Войно-Ясенецкого. Руководство университета отвергло это постановление и даже предложило Валентину Феликсовичу ру-

ководить ещё одной кафедрой. Но он сам написал заявление об уходе. 5 июня он в последний раз, уже в епископском облачении, присутствовал на заседании научного медицинского общества при ТГУ. 6 июня в газете «Туркестанская правда» появилась статья «Воровской архиепископ Лука», призывавшая к его аресту. Вечером 10 июня, после Всенощного бдения, он был арестован. Ему предъявляют надуманное обвинение в шпионаже и как политического преступника направляют в Москву, где он прошёл камеры Бутырской и Таганской тюрем. Затем последовали ссылки в Енисейск и Туруханск. Но и там, несмотря на запреты, он продолжал своё дело и как врач, и как священнослужитель, казалось бы, в совершенно неподходящих условиях делая операции, оказывая помощь нуждающимся. Так, в Енисейске на обычной квартире епископ Лука вернул зрение сразу трём слепым от рождения мальчикам-братьям, удалив врождённую катаракту. Его пригласили в хирургическое отделение областной больницы, где он за два месяца произвёл немало больших хирургических и гинекологических операций. Авторитет и слава его быстро росли. Это вызвало недовольство местных властей, и его направили дальше на Север. По дороге в одном из сёл он прооперировал больного с нагноившимся эхинококком печени, а также успешно удалил катаракту слепому старику. Через 3 месяца его возвращают снова в Енисейск, а затем в Новотураханск, где было много больных трахомой. Он успешно прооперировал больного с заворотом века, пересадив слезистую губу на область века. Ссылка закончилась в 1926 году возвращением в Красноярск, где он выполнил «оптическую иридэктомию» (иссечение части радужки), а затем возвращением в Ташкент. Но ни в больницу, ни тем более в университет его не взяли, заниматься наукой также не было возможности. Епископ Лука стал работать над книгой «Очерки гнойной хирургии», задуманной им ещё в 1915 году в Переславле-Залесском. Был составлен план, написано предисловие, но реализация задуманного затянулась. И лишь в 1923 году, когда Войно-Ясенецкий стал заведовать кафедрой, он почти смог завершить свой знаменитый труд. Арест и последующая ссылка нарушили планы хирурга, и работа над «Гнойной хирургией» возобновилась в только в 1926 году. В этой книге он обобщил 20-летний опыт работы, проанализировал 130 историй больных, которых лечил лично сам. Закончив «Очерки», направил их с положительным отзывом известного хирурга В.А. Оппеля в издательство. В 1929 году получил рукопись обратно, включённую уже в план издания, с некоторыми замечаниями для доработки, но 6 мая 1930-го его вновь арестовывают. Ссылают на этот раз в Северный край (Котлас, Архангельск).

В Архангельске он знакомится с северной целительницей В.М. Вальневой, которая лечила гнойные заболевания специальными мазевыми повязками «катаплазмами». Известного хирурга заинтересовал её опыт, через несколько лет после архангельской ссылки он попытается дать научное осмысление её лечения. Арест и ссылка задержали выход очерков, они

Продолжение на стр. 10 ►

Будни клинических баз СТМУ



▲ Ассистент кафедры хирургии ФПК и ППС Д. Быстров и клинический ординатор А.О. Васькив завершают операцию на сердце



► Зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор С.М. Дыньков проводит занятие со студентами над операционным залом



▲ Ассистент кафедры факультетской хирургии Н.К. Тарасова отчитывается о работе дежурной бригады хирургов на утренней конференции

► Кардиохирург А. Заволожин и клинический ординатор И. Кузовой проводят аортокоронарное шунтирование



▼ Заведующий НХО В.Г. Порохин проводит операцию клипирования аневризмы головного мозга



▼ В.А. Брагин, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС проводит консультацию





▲ Панкреатодуоденальная резекция. В операционной: зав. отделением 1-й хирургии А.А. Кузнецов, хирурги Л.А. Темежникова и ассистент кафедры факультетской хирургии А.А. Попов, интерн М.В. Часных



▲ Зав. отделением 3-й хирургии, ассистент кафедры хирургии ФПК и ППС А.В. Тарабукин и клинический ординатор Д.С. Скоценко. Герниопластика

*Первая гордость клиник больницы
им. Г.Г. Волосевича*



▲ Дренирование абсцесса печени проводят зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС Б.Л. Дуберман и интерн М.В. Кустышев



▲ Тиреоидэктомия. Оперирует ассистент кафедры факультетской хирургии Т. В. Климушина, ассистируют клинический ординатор В.В. Бородин и интерн В. Прилуцкий

▼ Каротидная эндартерэктомия. Операцию проводят: зав. отделением ССХ, ассистент кафедры хирургии В.М. Гореньков, хирург М.С. Пышкин и клинический ординатор А.С. Сахаров



▲ Доцент кафедры хирургии ФПК и ППС В.П. Рехачев читает лекцию для врачей-курсантов



увидели свет лишь в 1934 году, когда епископ Лука вернулся в Ташкент. Рецензия А.М. Заблудовского была более официальной, глубокие объективные рецензии дали проф. В.Я. Шлапоберский, М.М. Гинзбург, В.Н. Деревянко, В.Э. Салищев. Выход этой книги, практически первой посвящённой проблеме гнойной хирургии, а также открытие по инициативе Войно-Ясенецкого первого в стране отделения гнойной хирургии в Ташкенте, дают право считать В.Ф. Войно-Ясенецкого основоположником гнойной хирургии в нашей стране. В 1935 году он возглавил кафедру в институте усовершенствования врачей в Ташкенте, в 1936 году ему присваивают без защиты учёную степень доктора медицинских наук (после революции все звания были утрачены). Кажется бы, жизнь вновь налаживается. Но подошёл 1937 год, вновь арест, тюрьма и в 1940 году ссылка в Красноярский край. Он пишет письмо К.Е. Ворошилову с просьбой дать возможность подготовить второе издание книги, которое может пригодиться в военно-полевой хирургии. Ему разрешили в течение 2 месяцев поработать в библиотеке в Томске. 1941 год – началась Великая Отечественная война. Войно-Ясенецкий пишет М.И. Калинину, просит дать возможность помочь стране, людям, а потом вновь продолжает ссылку. Его назначают главным хирургом эвакогоспиталя № 1515 в Красноярске. Он буквально погружается в работу, много оперирует, анализирует. Результатом этого становятся труд «Оперативное лечение гнойных артритов» и монография «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Этими работами он внес выдающийся вклад в развитие отечественной военно-полевой хирургии. В них раскрывался абсолютно новый подход к лечению огнестрельных ранений суставов и переход к активной хирургической тактике при выполнении не только поздних, но и ранних резекций крупных суставов, являвшихся в те годы единственным средством спасения жизни раненого, а также сохранения раненой конечности в большинстве случаев. Результаты этой работы были доложены в марте 1943 года на конференции в Новосибирске. Архиепископ Лука мечтает побыстрее издать рукопись этой книги, а также и дополненное 2-е издание «Очерков». Его поддержали проф. Н.Н. Приоров и А.И. Мануйлов. Он обращается в письме И.В.Сталину с просьбой о содействии в издании, которое необходимо врачам в военное время. В конце 1943 года было опубликовано второе издание «Очерков гнойной хирургии», а в 1944 году — монография «О течении хронической эмпиемы и хондратах» и книга «Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов». Слава о великом хирурге растёт, о нём уже пишут в США. В феврале 1944 года он переезжает вместе с госпиталем в Тамбов, где продолжает активную работу над лечением хронических эмпием плевры. К сожалению, закончить эту работу ему не удалось, сказался возраст, состояние здоровья, 11 лет тюрьмы и ссылки не прошли бесследно. Свой опыт и идеи он передал своим ученикам. В этом же году, наконец, выходит монография «Поздние резекции суставов» и 2-е издание «Очерков». Непри-

язненное отношение к большому учёному и в то же время архиепископу осталось, его не пригласили принять участие в IV пленуме Госпитального совета в Москве (июль 1945 г.), на котором рассматривались итоги работы тыловых госпиталей. В докладах не упомянули даже его имени. Но замолчать его авторитет и успехи всё же было трудно. В 1946 году ему присудили Сталинскую премию 1-й степени. До этого из хирургов эту премию получали Н.Н. Бурденко и С.И. Спасокукоцкий. В этом же году ему вручили медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне». При получении медали он сказал: «Я учил и готов учить врачей тому, что знаю; я вернул жизнь и здоровье сотням, а может быть и тысячам раненых и наверняка помог бы ещё многим, если бы вы не схватили меня ни за что ни про что и не таскали бы одиннадцать лет по острогам и ссылкам. Вот сколько времени потеряно и сколько людей не спасено отнюдь не по моей воле». Когда председатель заметил, что надо забыть прошлое, он заявил: «Ну нет! Уж извините, не забуду никогда». Почти всю свою премию он передал на помощь сиротам, жертвам фашистских извергов, о чём сообщил в телеграмме И.В.Сталину, на что тот тоже ответил телеграммой. Этот факт вызвал повышенный интерес корреспондентов к личности Войно-Ясенецкого. В мае 1946 года он переезжает в Симферополь, где его назначают архиепископом Крымским и Симферопольским. Святитель писал: «От хирургии я отлучен за свой архиерейский сан. Меня не приглашают даже на консультации. От этого погибают тяжёлые гнойные больные». Владыка объявил бесплатный врачебный прием на дому. К нему хлынули сотни больных со всего Крыма. К 1955 году он почти ослеп, но сохранял ясность мышления, память и работоспособность. В этот же период он закончил книгу «Дух, душа и тело», которая была издана в 1978 г. в Брюсселе и лишь в 1997 г. в России. В 1956 г. вышло 3-е издание «Очерков гнойной хирургии» с предисловием ведущих хирургов страны проф. А.Н. Бакулева и П.А. Куприянова.

11 июня 1961 года В.Ф. Войно-Ясенецкий скончался (на церковном календаре это был день Всех Святых, в земле русской просиявших). Похороны его превратились в настоящую демонстрацию, казалось, в ней принял участие весь город. Похоронили его на городском кладбище в скромной могиле. Лишь 20 марта 1996 г. останки архиепископа Луки были перенесены в Свято-Троицкий кафедральный собор Симферополя. Его мощи были обреты 22 ноября 1995 года. В том же году определением Синода Украинской Православной Церкви архиепископ Лука был причислен к лику местночтимых святых. А в 2000 году Архиерейский Собор Русской Православной Церкви прославил священноисповедника Луку в сонме новомучеников и исповедников Российских XX века. Дегуманизация общества, снижение нравственных критериев, дефицит доброты – всё это пагубно сказывается на современной медицине. Пример В.Ф. Войно-Ясенецкого зовёт к подвижничеству, необходимости создания системы подлинных ценностей, включив в неё первым номером Человека.

**В.П. Рехачев, доцент
кафедры хирургии ФПК и ППС**

НЕСКОЛЬКО

В начале 2012 года в Музее истории медицины Европейского Севера СГМУ была открыта новая экспозиция, посвященная профессору хирургии и епископу Русской Православной Церкви – святителю Луке (Войно-Ясенецкому), ставшая заметным культурным событием в жизни Архангельска.

27 февраля 2012 года в рамках рабочего визита в университет выставку посетили министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова и губернатор Архангельской области И.А. Орлов. В марте в Музее побывал митрополит Архангельский и Холмогорский Даниил, участвующий в работе оргкомитета по подготовке к 135-летию со дня рождения Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого в СГМУ.

Интерес всех гостей вызывает тот факт, что на выставке представлены подлинные предметы, связанные с архангельской ссылкой В.Ф. Войно-Ясенецкого. Этот период в жизни известного ученого до сих пор остается наименее изученным историками и биографами. Посетители выставки имеют уникальную возможность прикоснуться к недавнему прошлому нашей страны, ощутить всю противоречивость того времени на примере жизни одного человека увидеть судьбы миллионов людей, в которых их сограждане видели «классово чуждый элемент». Главная трудность в подготовительной работе состояла в попытке собрать это наследие воедино, причем задача заключалась в том, чтобы показать зрителю ранее не экспонировавшиеся предметы, напрямую связанные с периодом второй ссылки ученого.

На выставке представлены личные вещи В.Ф. Войно-Ясенецкого, которые ранее никогда не экспонировались, а дополненные прижизненными изданиями, фотографиями и научными работами, они красноречиво свидетельствуют об исповедническом подвиге архипастыря и его деятельном служении пациентам в качестве практикующего врача.

Устроитель выставки – научный сотрудник Международного центра колокольного искусства Дмитрий Викторович Иванов, добровольный помощник нашего Музея и активный член Общества изучения истории медицины Европейского Севера. Благодаря его усилиям в основе экспозиции представлены

ГРАНЕЙ ОДНОЙ СУДЬБЫ



вещи из частных собраний историков и краеведов, а также богослужебные предметы, которые ранее принадлежали святителю Луке. Этой работе предшествовало удивительное открытие, сделанное случайно еще в 2002 году, когда в Архангельске готовили к сносу одно из обветшавших аварийных зданий, где рабочие обнаружили личные вещи и оборудование медицинского назначения, явно принадлежащие врачу (в 1930-е гг. в том здании располагалась одна из городских амбулаторий). Найденные рядом детали церковного облачения, икона, завернутая в рясю, и ряд других уникальных вещей, породили множество вопросов. Особый интерес у собирателей вызвали документы (расписки в получении дров и другие хозяйственные бумаги) с подписью В.Ф. Войно-Ясенецкого, что позволило установить, кому принадлежали найденные в доме вещи. К сожалению, тогда вещи сразу же попали в руки нескольких перекупщиков и частями были распроданы разным коллекционерам, что затруднило обобщение коллекции.

Наша выставка обращена ко всем, кому небезразлична история страны. Здесь предпринята попытка на примере судьбы одного человека показать жизнь миллионов людей, в одночасье оказавшихся врагами общества. Эта экспозиция рассказывает о том, как важно при любых обстоятельствах сохранять человеческое достоинство, любовь к Родине, не зависящую от политического строя, и желание помогать людям, облегчая их страдания и боль. Владыка Лука в этот период жизни являл, на наш взгляд, образ того самого доброго самаритянина, который, будучи призираем и гоним этим новым общественным строем, продолжал исповедовать милосердие и заботу даже в отношении людей с чуждой идеологией. Он делал это добровольно, искренне, в силу своих внутренних христианских убеждений. Его многие не понимали в те годы. Даже собраты священнослужите-

ли относились к нему настороженно и всячески избегали общения с ним. А он сам, будучи ссыльным архиереем, продолжал открыто исповедовать свою религиозность. Это, конечно же, раздражало его коллег по работе и представителей власти. Можно вспомнить тот факт, что он был единственным епископом, согласившимся совершить отпев умершего в тюрьме архиепископа Антония (Быстрова), причисленного

теперь к Лику Святых. Организация этого богослужения могла закончиться еще более суровым приговором для ссыльного архипастыря, но он, невзирая на последствия, пошел на этот шаг! Также не понятно, как он умудрялся совмещать многочасовую работу в амбулаториях и монашескую жизнь. В этот же период им проводилось фундаментальное научное исследование по проблематике гнойной хирургии, итогом которого позже стала Сталинская премия I-й степени.

Надо помнить, что вся работа В.Ф. Войно-Ясенецкого в тот период проходила на фоне оголтелой атеистической пропаганды, в то время это называли «штурмом небес». На выставке мы постарались показать этот процесс через фотографии, издания и предметы тех лет. В витрине можно увидеть куклу попа с чудовищным выражением лица, датированную началом 1930-х годов из детского кукольного театра. Страшно представить, как должны были воспринимать образ священнослужителя люди, которым с детства внушалось, что священник – это враг, дармоед и «кровопийца».

Мы плохо знаем нашу историю. Многие факты, изложенные даже в научной литературе, нуждаются сегодня в тщательной перепроверке. Один простой пример: в ходе подготовки к выставке мы стали работать с биографией владыки Луки и, изучая научные работы, выяснили, что во многих авторитетных источниках дата рождения святителя указана неверно – в апреле или мае под разными датами. Установлено, что в метрической книге дата рождения В.Ф.

Войно-Ясенецкого – 14 апреля 1877 года. Переводя эту дату на новый стиль, согласно основам метрологии, необходимо прибавить 12 дней, получается 26 апреля. Когда-то самим святителем Лукой дата его рождения по новому стилю обозначена 27 апреля, на что есть веская причина, т.к. по церковным канонам к датам любого из предыдущих веков прибавляется 13 дней. Это стало логичной основой для его биографов. Но другие исследователи к этой новой дате еще раз прибавили 12 или 13 дней и получили примерно 9 мая и т.д. Все это привело к путанице, укоренившимся ошибкам, вошедшим даже в энциклопедические издания. Именно по этой причине в краткой биографии для выставки и для стенда именной аудитории святителя Луки мы решили написать дату его рождения следующим образом – 26/27 (14) апреля.

Огромную консультационную работу по подготовке выставки и аудитории имени святителя Луки провел профессор Сергей Павлович Глянецев, оказавший нам неоценимую помощь и подготовивший к публикации новую книгу, посвя-



щенную ссылку В.Ф. Войно-Ясенецкого в Северный край.

Посетители выставки оставляют восторженные отзывы. Многие высказывают пожелания о сотрудничестве. Сотрудники архангельских и московских музеев, библиотек и других учреждений, многие известные специалисты и научные сотрудники высоко оценили новую экспозицию.

Выставка останется в Музее истории медицины Европейского Севера до июля, затем ее предложено перевезти в Котлас, где больница имени святителя Луки будет отмечать 85-летие со дня создания. В дальнейшем временную экспозицию желают видеть в Москве и Симферополе. Исследование продолжается. Приглашаем всех желающих!

**Музейный комплекс СГМУ,
фото Екатерины Немановой**

XXI МОСКОВСКАЯ (ВСЕРОССИЙСКАЯ) СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ХИРУРГИИ

18 февраля 2012 г. в стенах Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова состоялся отборочный этап очередной XXI Хирургической олимпиады студентов, в котором приняли участие шесть команд из медицинских вузов Северо-Западного федерального округа России. Основным организатором межрегиональной олимпиады был коллектив кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии СПбГМУ, на территории которой и развернулись нешуточные баталии в четырех конкурсах: формирование межкишечного и межсосудистого анастомозов, шов нерва и видеоэндоскопический. Вне конкурса выполнялась урологическая операция – формирование уретероилеоанастомоза. Основными оценочными критериями для членов жюри были согласованное взаимодействие членов операционных бригад, техническое владение инструментами, герметичность и эстетичность сформированных анастомозов, временной фактор. В состав жюри каждого конкурса входили представители хирургических и кафедр топографической анатомии и оперативной хирургии питерских вузов и руководители команд-участниц олимпиады.

Итак, первый конкурс – резекция тонкой кишки с последующим наложением концевой межкишечного анастомоза, для формирования которого нашей бригадой (Александр Кузнецов и Артем Антипин – VI курс ЛФ, Папко Андрей – VI курс ПФ) был выбран однорядный кишечный шов. Мы обоснованно рассчитывали на успех в данном конкурсе, зная операторов, но как сказал в свое время Н.Н. Бурденко, что «...все бы было еще лучше...», если бы не спешка и избыточное желание победить. В итоге – всего лишь четвертое место из-за негерметичности анастомоза (при подготовке – ни одного подобного случая!).

В сосудистом конкурсе от нашей команды выступали Герман Иванов (VI курс ПФ), «лечебники» Роман Сорокин (IV курс) и Калерия Днестрянская (IV курс). Для сшивания пересеченной артерии при выбранной методике косого среза артерий и вазорафии непрерывным обвивным матрацным швом с П-образными держалками по Полянцеву нам потребовалось 13 минут. Сосудистыми хирургами – членами жюри – была дана оценка «Лучше, чем хорошо», а наш незаменный руководитель А.И. Макаров с гордостью добавил: «Великолепно! Не потому, что ребята из Архангельска, а потому, что действительно здорово!» Однако и в этом конкурсе мы всего лишь четвертые. Более успешными оказались Даша Распутина и Даша Асадчая, студентки VI курса ЛФ, превосходно выполнившие нейрорафию и получившие в свой адрес лестные оценки из уст нейрохирургов Северной столицы. Наконец-то у нас призовое второе место. Успех закрепили Александр Кузнецов и Герман Иванов, успешно выступившие в эндоскопическом конкурсе. Пр продемонстрировав хорошую технику и высокую скорость выполнения двух заданий на аналоге виртуального тренажера, эндоскописты повторили достижение наших Даш и заняли второе место. Накал напряженной борьбы нарастал. Команды располагались «балл в балл», а впереди – вязание хирургических узлов с участием Александра Кузнецова, о мастерстве которого участники олимпиады были наслышаны. Ссылаясь на нехватку времени, организаторы снимают данный конкурс. Несмотря на уверенную победу в урологическом конкурсе, достигнутую Германом Ивановым, Анной Клишовой (VI курс ПФ) и Калерией Днестрянской, наша команда в итоге заняла второе место, разделив его с командой ВМА. Опередив ближайших соперников на три балла, победу одержали олимпийцы из СПбГМУ.

Согласно Положению о Московской (Всероссийской) олимпиаде, команды, занявшие первое и второе место на отборочных этапах в федеральных округах РФ, получают право участвовать в финальном этапе олимпиады, который традиционно проводится в апреле текущего года в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова. Студенческие команды СПбГМУ имени И.П. Павлова, ВМА имени С.М. Кирова и СГМУ добились такого права в упорной и бескомпромиссной борьбе и продолжают ее наряду с другими участниками в финальном этапе олимпиады.

Последующие два месяца все члены нашей команды прожили в напряженном ритме, совмещая учебу с подготовкой к предстоящему финалу. В связи с большим количеством конкурсов команда с девяти человек увеличилась до тринадцати. Преодолев определенные трудности в подготовительном периоде финального этапа и благодаря поддержке ректората СГМУ, мы стали участниками финального этапа XXI олимпиады, который состоялся 13–14 апреля 2012 г. В финале продолжили борьбу победители отборочных туров по федеральным округам: общее количество составило 17 команд-участников. Почетным президентом олимпиады на протяжении многих лет остается академик

РАМН М.И. Перельман, который по традиции выступил при открытии олимпиады с приветственным словом и пожеланиями успешного выступления каждого из участников.

В первый день команды прошли конкурсы по десмургии (наш Андрей Папко, занявший после удачного и успешного выступления 3-е место, награжден дипломом 3-й степени) и вязанию хирургических узлов двумя участниками. К сожалению, следует отметить, что мы в течение уже трех лет не смогли подготовить достойного напарника бессменному участнику данного конкурса Александру Кузнецову. Недаром говорят, один в поле не воин. Героем дня в нашей команде в первый день стал Андрей Папко, занявший с Артемом Архиповым 2-е место в конкурсе «Интубация трахеи» и награжденный дипломом 2-й степени. Завершал первый день эндовидеохирургический конкурс, в котором участники демонстрировали свои возможности лапароскопического ушивания перфораций стенок желудка. Во второй день были проведены соревнования хирургических бригад вузовских команд в конкурсах «Шов нерва», «Сосудистый шов» при наложении дистальной артериовенозной фистулы и урологический конкурс (формирование мочевого кондута в виде кишечного резервуара с реимплантацией мочеоттока и формированием уретероилеоанастомоза в рамках операции Штудера). Мы добились успеха в конкурсе «Кишечный шов», заключавшемся в формировании У-образного кишечного анастомоза по Ру. Второе место и диплом 2-й степени заслуженно получили Александр Кузнецов, Дарья Асадчая и Дмитрий Филиппов.

Конкурс на знание хирургических инструментов в значительной степени напоминал шоу и вызвал оживленную реакцию студентов, членов оргкомитета и жюри, а также гостей. В завершение были оглашены итоги олимпиады. Первое место завоевала команда Саратовского ГМУ, второе – команда Первого МГМУ, третье – команда Самарского ГМУ. Наша команда среди семнадцати команд-участниц заняла в общем конкурсе двенадцатое место. Мы не удовлетворены результатами участия, как в отдельных конкурсах, так и общим итогом, но мы в полной мере удовлетворены своим участием в студенческой олимпиаде, за что в первую очередь каждый из нашей команды и команда в целом выражает свою благодарность и.о. ректора СГМУ профессору С.И. Малявской, сотрудникам кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии, на которой мы готовились перед прошлыми и нынешней олимпиадами. Мы выражаем свою признательность руководителю нашей команды студентов-олимпийцев, доценту кафедры госпитальной хирургии А.И. Макарову и надеемся на его поддержку будущих участников следующих студенческих олимпиад.

Завершая свое повествование, хочу все-таки в заключение сказать о том, что наша команда была заметной, наше участие в олимпиаде обсуждалось и комментировалось, в нас признавали достойных соперников и реальных претендентов на победу в различных конкурсах. С учетом результатов участия наших студентов в хирургических олимпиадах без ложной скромности и с гордостью за свою Alma mater хочу заявить о том, что Северная медицинская школа готовит достойных будущих хирургов!

Капитан команды студентов СГМУ Герман Иванов

Комментарий А.И. Макарова: «Прежде всего поздравляю всех вчерашних и нынешних студентов, сумевших благодаря своим знаниям и практическим умениям добиться участия во Всероссийских студенческих олимпиадах по хирургии и достойно представлявших наш университет. Полагаю, что достигнутое вами не является и не должно являться пределом возможных достижений, ибо нет предела совершенствованию знаний и умений. Однако не только желание совершенствоваться определяет конечный результат (применительно к вам – результаты вашего участия в олимпиаде), но и реальные объективные условия для приобретения первичных знаний и умений и их дальнейшего совершенствования. Но это тема для отдельного непростого и достаточно сложного разговора, в котором, не сомневаюсь, заинтересована значительная часть студентов и преподавателей.

Что касается изложенной информации о состоявшейся XXI олимпиаде, то она является объективной и не лишенной эмоционального восприятия автором излагаемого материала.

Присоединяюсь к студентам с благодарностью в адрес сотрудников университета и клинических больниц города, оказавших посильную помощь студентам, направленную на успешное участие в олимпиаде».

АНТИТАБАЧНЫЙ ПРОЕКТ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Неинфекционные заболевания (НИЗ) в настоящее время являются глобальной проблемой во всем мире. Борьба с НИЗ — одна из наиболее важных задач общественного здравоохранения. Курение рассматривается как один из основных и предотвратимых факторов риска НИЗ (трех наиболее распространенных заболеваний: сердечно-сосудистых, хронической обструктивной болезни легких ХОБЛ и онкологических). Распространенность курения в Российской Федерации остается одной из самых высоких в мире. Глобальный опрос взрослого населения по потреблению табака, проведенный в 2009 году, выявил, что курильщиками в РФ являются 39,1% взрослого населения (43,9 млн). Причем отмечаются негативные тенденции распространения курения среди образованного населения и жителей городов (38,1% и 40,2% соответственно). В Архангельской области ведущими причинами смертности также являются НИЗ: сердечно-сосудистые заболевания (первое место) и онкологические, которые занимают третью позицию после травм и отравлений. Однако данных о распространенности ХОБЛ, ведущей этиологической причиной которой является табакокурение, недостаточно. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ (2003), в стране зарегистрировано 2,4 млн больных ХОБЛ. По мнению экспертов Российского респираторного общества, число больных ХОБЛ в России может превышать 11 млн человек. Распространенность ХОБЛ в нашей области, по официальным данным, составляет около 0,5%.

Антитабачный проект в Архангельской области (под названием «3 С» — Cardiovascular diseases, Chronic obstructive pulmonary disease, and Cancer; или Профилактика, лечение и менеджмент сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и ХОБЛ) станет частью российско-норвежского проекта «Реформа системы здравоохранения Архангельской области с акцентом на первичную медико-санитарную помощь». Договор о сотрудничестве заключен между Директоратом здравоохранения Норвегии и Министерством здравоохранения и социального развития Архангельской области (Баренц-проект В 515). Основными участниками проекта являются три сельских района нашего северного региона: Виноградовский, Шенкурский и Вельский. Основными целями проекта являются: борьба с табакокурением, создание антитабачной коалиции; совершенствование профилактики, диагностики, лечения и ведения НИЗ, уменьшение экономических потерь и повышение качества жизни пациентов с НИЗ в области. Партнерами с норвежской стороны являются реабили-

тационная клиника Глиттре для больных с бронхолегочными заболеваниями и Норвежская ассоциация рака. Российские партнеры: Северный государственный медицинский университет, Архангельский областной Центр медицинской профилактики. Участники проекта: врачи общей практики (ВОП), фельдшера, медицинские сестры трех вышеперечисленных районов и областные специалисты (пульмонологи, кардиологи, онкологи).

Основные мероприятия проекта прежде всего носят профилактический характер. Все медицинские учреждения районов (стационары, поликлиники, офисы врачей общей практики и амбулатории) становятся зонами, свободными от курения; создается кабинет по диагностике и лечению заболеваний, связанных с табакокурением (оборудованного СО анализатором и спирометром); организуется телефонная линия («телефон здоровья» для населения трех районов и в целом для Архангельской области; день ХОБЛ на «телефоне здоровья»); привлекаются местные СМИ к борьбе с распространением табакокурения. Создаются локальные отделения антитабачной коалиции в районах, организуется участие во Всемирном дне спирометрии (проведение акции «Куришь? Проверь свои легкие!» 27 июня 2012 г. в каждом районе с целью раннего скрининга ХОБЛ), проводится День фельдшера, посвященный борьбе с табакокурением.

Образовательной частью проекта является: обучение фельдшеров и ВОП спирометрии (дистанционный курс); образовательные курсы для ВОП, фельдшеров и медсестер «Стратегия борьбы с табакокурением».

Научная часть проекта: аудит по скринингу курящих пациентов и ранней диагностике ХОБЛ в трех районах; создание пилотного регистра больных ХОБЛ и руководства по борьбе с табачной зависимостью для специалистов первичного звена здравоохранения.

Индикаторами качества работы проекта будут являться: доля пациентов с ХОБЛ; доля курящих пациентов, которым проведена спирометрия; доля пациентов, имеющих сведения об анамнезе курения; доля бывших курильщиков.

Обучение спирометрии и стратегии борьбы с табачной зависимостью в рамках непрерывного профессионального развития имеет большое значение, поскольку знания и навыки специалистов должны постоянно развиваться. В то же время пациенты будут получать эффективное лечение, что позволит улучшить качество медицинской помощи в нашем регионе, особенно в сельской местности.

Е.А. Андреева, кафедра семейной медицины и внутренних болезней

я
порозовел
и пополнил в лице,
забыл
и гриппы
и кровать.
Граждане,
вас
интересует рецепт?
Открыть?
или...
не открывать?
Граждане,
вы
утомились от жданья,
готовы
корить и крыть.
Не волнуйтесь,
сообщаю:
граждане —
я
сегодня —
бросил курить.

В.В. Мазковский



ПРИВЕТЛИВАЯ ПИНЕГА

16–18 марта состоялся очередной благотворительный выезд членов Архангельского регионального отделения общества православных врачей России в область. Нашу группу по сложившейся традиции сопровождал духовник Общества протоиерей Алексей Денисов. В этот раз нас очень приветливо встретила Пинега. Председатель регионального общества православных врачей Галина Павловна Смирнова не в первый раз в этих местах. В 1988 году департамент здравоохранения и мединститут провели призыв клинических ординаторов и интернов поработать летом в сельской местности, чтобы отпустить работающих врачей в отпуск. Галина Павловна, замещающая педиатра Александра Николаевича Кокорева, приобрела важные навыки, взяв на себя всю тяжесть самостоятельной работы. Нам было отрадно, что умудренный опытом, авторитетный главврач Пинежской участковой больницы Алексей Николаевич Прохоров отнесся с большим вниманием к нашему приезду. Мы поселились в теплых комнатах при больнице, которая находится в хорошем состоянии, отремонтирована – чувствуется рука хозяина. Местные врачи подготовили нам фронт работы. Особенно востребованным оказался наш хирург Владимир Алексеевич Брагин – он принял 19 человек. Одну пациентку после пережитой автокатастрофы пришлось посетить на дому. Все дело в том, что местный хирург уже несколько месяцев находится на специализации, и наш приезд оказался кстати. Хватало работы и гастроэнтерологу Анне Александровне Нестеровой и педиатрам Галине Николаевне

Чумаковой, Ольге Геннадиевне Старцевой, Галине Павловне Смирновой. Много мам пришли ко мне как к психологу, чтобы разобраться в проблемах с детьми, была даже бабушка, обеспокоенная психологическим состоянием своего внука.

В уютном зале клуба прошла беседа по вопросам семейной жизни с просмотром фильма о формировании отношений родители – ребенок. Активность старшеклассников, их вдумчивые и серьезные ответы изумили некоторых наших докторов. В беседе участвовало более 20 жителей поселка (старшеклассники, врачи, работники культуры). В Пинеге сохранилась историческая часть поселка, издавна называемая жителями «Володинским кварталом». Это типичная каменная застройка XIX века. Именно эти постройки оказались самыми прочными в поселке и даже сегодня поражают своей красотой и основательностью. На данный момент в здании бывшего училища, построенного купцами Володиными в XIX веке для обучения местных детей, восстанавливается храм.

Посещая по обычаю святые места, мы не смогли не побывать на Красной горке. Грустно и печально выглядят руины монастыря, особенно на фоне благоустроенной гостиницы, комфортных спусков для горнолыжников. На разрушенных стенах чудом сохранились фрагменты фресок. Эта поистине необыкновенная, пронзительная красота навсегда осталась в наших сердцах.

Е.Г. Щукина, доцент кафедры психиатрии и клинической психологии

СОЛОВЕЦКАЯ САГА

Так порой случается, что ни за годы учебы в вузе, ни в последующие человеку не суждено попасть на священную землю Соловков. В самом начале августа 2003 года в срочном порядке была сформирована бригада врачей для проведения медицинских осмотров жителей архипелага. Хирург, отоларинголог, окулист и гинеколог самолетом прибыли на Соловецкие острова. Сразу можно было сказать о несвоевременности этой командировки, так как большинство островитян в это время находятся в отпусках и покинули острова. Большого объема работы не получилось, но все абсолютно сглаживали прекрасная погода и впечатления от вида Соловецкого кремля, Святого озера и бухты Благополучия.

Оставалось два дня до отъезда домой. Около 8 часов утра хирурга пригласили к больному. Оказалось, что студент-москвич с утра пораньше решил покорить одну из башен Соловецкого кремля восхождением по ее наружной стене. То утро было туманным, камни оказались сырые, и при спуске вниз он сорвался с восьмиметровой высоты. При осмотре было ясно, что имеется закрытый перелом верхней трети левого предплечья, но насторожила картина живота – клинически диагноз разрыва селезенки сомнения не вызывал, требовалась экстренная операция.

В это время больница Соловков в возможностях хирургического плана была нулевой. Когда-то, в бытность военных медиков, здесь кипела жизнь, сейчас же в операционной был только стол и в углу сиротливо стоял наркозный аппарат. Сразу же был звонок на санавиацию областной клинической больницы, там изъявили желание нам помочь, но над морем оказался сплошной туман, и вылет вертолета был невозможен. К счастью, в больнице оказалось достаточное количество рас-

творов для инфузии и два маленьких флакона для забора донорской крови.

Больной и хирург оказались на 6,5 часов заложниками судьбы. Уже потом, осмысливая ситуацию, вспомнился анекдот про мужика, который в своем желании к пойманной им золотой рыбке решил стать Героем Советского Союза. Рыбка дала положительный ответ, и мужик оказался в окопе с одной гранатой в руке против пяти немецких танков.

Операционно-анестезиологическая бригада прибыла в четырнадцать тридцать и сразу была начата операция: удалены разорванные селезенка и левая почка, ушиты раны брыжейки кишечника. Теперь мы уже не боялись, кровотечение было остановлено, запасы донорской крови были достаточны – узнав о беде, в больницу приходили люди с желанием сдать кровь для переливания.

В двадцать часов мы стояли на пригорке у Святого озера под сенью крестов Соловецкого монастыря и смотрели вдаль, пока точка удаляющегося вертолета совсем не исчезла за горизонтом.

На душе было как-то уютно светло, наверное, подобное ощущали солдаты после стихнувшего боя. Вновь обратимся к привратностям судьбы: на высоте одиннадцати километров сталкиваются два самолета, там так мало места, что разъехаться совершенно невозможно. Так и у нас: один впервые собрался, наконец-то, на Соловки, а второму необходимо покорять башню кремля, и вот они встретились. Далее все закончилось хорошо: наш герой спустя три недели поездом уехал в Москву, успешно закончил университет...

ЧАСИКИ В ЛАДОШКЕ

В этот солнечный июльский день санитарный АН-2, прыгая на воздушных ямах, нудно завывая мотором, целеустремленно вез нас в Карпогоры. Анестезиолог и сестра-анестезистка вместе со мной ощущали все неприятности нутра при каждом скачке воздушного труда. Но вот колеса нашего «лайнера» коснулись цветущего ковра летного поля.

Это был мой первый прилет в Карпогоры (это за 30 лет работы в санавиации – видно, была не судьба). Сразу в голове пошли мысли, что и ОН был здесь, его ноги топтали это разноцветье. ОН – это, конечно, Федор Александрович Абрамов.

Несколько минут спустя, как бы вторя моим размышлениям, фельдшер в машине скорой сразу сочла по своей инициативе показать дом, где жил Федя Абрамов, когда учился в Карпогорской школе.

В тот день в нашей помощи нуждался 16-летний мальчик.

Накануне в далекой пинежской деревне имело место лобовое столкновение лошадиной упряжки и велосипедиста. Удар был такой силы, что оглобля телеги оставила круглое клеймо кровоподтека на нижней трети грудины подростка, сломана хрящевая часть нижних левых ребер, разорвано легкое.

Когда я впервые увидел мальчика на столе в перевязочной – он показался мне намного младше своих лет и был ма-

ленького роста. Предстояла хотя и небольшая, но операция – необходимо было поставить в плевральную полость дренажную трубку для расправления легкого. Анестезия – местная, взрослому и тому данная манипуляция не приносит большого счастья, так как даже при самом осторожном ее выполнении элементов боли не избежать. Сразу надо сказать, что держался мальчик молодцом, лишь мимика лица говорила о происходящем. Внезапно мое внимание задержалось на его правой ладошке – он что-то крепко в ней сжимал. Далее был перелет в Архангельск, самолет опять швыряло по воздушным ямам, и мы уже ни раз ругали себя, что не выпросили у летчиков в тот день вертолет. Парнишка лежал на носилках такой хрупкий и беззащитный, крепко сжимая свою правую ладошку.

Лишь в приемном отделении областной больницы я осмелился спросить о его тайне. Он разжал ладошку – на ней лежали маленькие ручные часы. «Это мне подарил папа», – в этих словах юного северянина одновременно выражалась и радость за подарок, и гордость за отца, а мне подумалось, что именно этот подарок и согревал его душу, и помогал справиться со всеми бедами, которые на него свалились.....

В.А. Брагин, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС



Как я стала чемпионкой мира



Тяжелой атлетикой занимаюсь со 2-го курса, началось всё с занятий по спортивному троеборью (пауэрлифтинг), гири были как дополнительное упражнение для становой тяги. Однако, когда тренажёрный зал закрыли на ремонт, возможности занятием пауэрлифтингом не стало, поэтому было решено пока заняться гиревым спортом, тем более что дело продвигалось с успехом. Когда через 1 год зал, наконец, был открыт и оснащён новыми тренажёрами, возвращаться в пауэрлифтинг особо не хотелось, так как пришлось бы начинать почти с нуля, а в гирях уже имелись определённые успехи и выступления на городских соревнованиях. Так я и осталась в гиревом спорте, а дальше – дело техники, точнее, дисциплина, время и терпение!

Впервые в Чемпионате мира по гиревому спорту среди мастеров выступила в 2010 году в 1 номинации: рывок-спринт (2 минуты), тогда и получила звание чемпионки мира.

В 2012 году выступала в 4 номинациях: рывок, толчок-суперспринт (1 минута) Чемпионат Мира, рывок-суперспринт Чемпионат Союзного государства, Международный турнир (имени М.В. Ломоносова). Кроме этого меня пригласили выступить в сборной эстафете за команду России-2 (в которой пришлось стать ещё и капитаном). По итогам эстафеты 1-е место поделили: сборная команды России-1 и сборная Латвии, 2-е место досталось: сборной команде мира и России-2, 3-е место заняла сборная команда Европы.

Чемпионат проходил с 29 марта по 1 апреля 2012 года. Количество участников составило свыше 250 спортсменов из 16 стран мира.

Мария Ратникова, студентка 6-го курса педиатрического факультета,
фото Екатерины Немановой

Поздравляем с юбилеем!

Преображенскую Нину Григорьевну
Маркову Ольгу Валентиновну
Кокареву Татьяну Евгеньевну
Залесову Александру Степановну
Небученных Анатолия Александровича
Потушкину Ольгу Георгиевну
Константинова Василия Геннадьевича
Спирину Маргариту Владимировну
Патракову Валентину Николаевну
Смирнову Галину Павловну
Вохминovu Елену Геннадьевну



Северный государственный медицинский университет объявляет выборы
на должность заведующего кафедрой:

- общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы.

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.

МЕДИК СЕВЕРА



ГАЗЕТА СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Редсовет. Редактор – Е.Ю. Неманова.
Дизайн и верстка – Наталья Конева.
Фото на обложке Екатерины Немановой.

Газета зарегистрирована в Северо-Западном окружном межрегиональном
территориальном управлении Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовой коммуникации.
Свидетельство ПИ № ТУ 29-00313 от 6 декабря 2011 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, пр. Новгородский,
д. 32, e-mail: gazeta@atnet.ru. Заказ № 5515, тираж 1500 экз.
Номер подписан в печать 18.04.2012: по графику – 15.00; фактически – 15.00