

МЕДИК

№ 4 (1295)
2023 | апрель
26 апреля 2023
Распространяется бесплатно
Издается с 7 февраля 1969 года

СЕВЕРА



Газета Северного государственного
медицинского университета



*Уважаемые ветераны,
дорогие коллеги!*

В канун главного праздника нашей страны – Дня Победы – мы отдаем дань памяти и уважения подвигу тех, кто приближал этот день на полях сражений и в тылу. Отдельные слова благодарности – медикам военных лет, внесшим значительный вклад в победу нашего народа над грозным врагом.

В годы Великой Отечественной войны Архангельская область стала ближним тылом Карельского фронта. Несмотря на страшный голод и разрушительные налеты вражеской авиации, несмотря на все тяготы военного лихолетья, северяне продолжали жить и работать, принимать и снаряжать арктические конвои, обеспечивать фронт всем необходимым и, конечно же, спасать жизни больных

и раненых бойцов. Через эвакуационные госпитали Карельского фронта, развернутые в нашей области, прошли десятки тысяч солдат. Только благодаря самоотверженному труду медиков, многим и многим из них были возвращены жизнь и здоровье. Огромную роль в сохранении боеспособности Армии и Флота сыграл Архангельский государственный медицинский институт, профессора и преподаватели которого в сжатые сроки и в сложных условиях сумели подготовить квалифицированные врачебные кадры для обеспечения потребностей военной медицины.

В этот знаменательный день искренне желаем всем крепкого здоровья и благополучия! Пусть Победа и память о ней всегда будут с нами – в сердцах, добрых начинаниях, в постоянной заботе о близких!

Ректорат, Совет ветеранов, профсоюзный комитет СГМУ





Поздравляем!



ФОТО НОМЕРА

Президент России В.В.Путин
подписал Указ о награждении
медалью ордена «За заслуги
перед Отечеством»
II степени ректора СГМУ
Л.Н. Горбатовой



Высокой государственной наградой отмечены многолетние заслуги Любови Николаевны Горбатовой в научно-педагогической деятельности и подготовке квалифицированных специалистов.

На должность ректора СГМУ Любовь Николаевна была избрана в 2014 году. За время ее работы вуз вышел на качественно новый уровень развития, были реализованы многие образовательные, научные, исследовательские проекты.

Л.Н. Горбатова внесла большой вклад в инновационное развитие университета, создание его современной инфраструктуры.

Коллеги, сотрудники, студенты, ординаторы СГМУ присоединяются к поздравлениям с заслуженной наградой и желают Любови Николаевне дальнейших успехов, мудрых решений и продуктивной работы на благо вуза и российской медицины! 

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Архангельской области накануне Великой Отечественной войны

Автор: В.П. Быков, д.м.н., профессор



Лечебный корпус областной клинической больницы в 1937 году

Развитие здравоохранения в предвоенное десятилетие (1931–1940 гг.) в условиях нарастающей военной угрозы

представляет исторический интерес. Постановлением Президиума ВЦИК 14 января 1929 г. образован Северный край, в который включены Архангель-

ская и Вологодская губернии, Коми и Северо-Двинская автономные области. Краевым центром стал Архангельск. В последующие годы административное



деление Северного края неоднократно менялось. В 1936 г. Коми автономная область преобразована в Республику Коми, а Северный край – в Северную область. 29.09.1937 г. вышло Постановление «О разделении Северной области на Вологодскую и Архангельскую области».

На огромной территории Северного края в городах и рабочих поселках проживали 432 200 и в сельской местности – 1 870 300 человек. Планировалось резкое увеличение объема лесозаготовок и производства пиломатериалов, рост экспорта лесной продукции – одного из источников валютных поступлений. Огромный объем трудоемких производств и низкий уровень механизации требовали вовлечения в трудовой процесс значительных людских ресурсов, в том числе из других регионов страны. Люди нуждались в создании санитарно-гигиенических условий проживания и доступной медицинской помощи.

В 1929–1930 гг. в СССР проведена Всесоюзная перепись учреждений здравоохранения и медицинского персонала. Итоги переписи показали крайнюю недостаточность врачей в Северном крае. На территории бывшей Архангельской губернии на 1 врача приходилось 4000 городских и 20 000 сельских жителей. Остро ощущался дефицит квалифицированных специалистов: хирургов, акушеров-гинекологов, отоларингологов, окулистов, фтизиатров и санитарных врачей. Обеспечение Северного края врачами до 1936 г. осуществлялось за счет выпускников медицинских факультетов университетов Москвы, Ленинграда, Казани, Саратова и ряда других центров. Тяжелые северные климатические условия, плохая транспортная связь между населенными пунктами края, а также с центром страны, сложный врачебный труд и убогий быт не способствовали закреплению медицинских кадров. Происходил массовый отъезд врачей после 1–3 лет работы.

В 1932 г. краевой отдел здравоохранения подал заявку в Наркомздрав на 418 выпускников медицинских факультетов. Наркомздрав выделил всего 95 молодых специалистов, а прибыли только 49 врачей. При потребности 800 фельдшеров и медицинских сестер четыре медицинских техникума края выпустили 290 специалистов.

Обеспеченность населения стационарной медицинской помощью была низкая: 6,7 койки на 1000 городского и 1,1

на 1000 сельского населения (1931 г.). Стационарная койка занята больными лишь 260 дней в году вследствие отсутствия врачей во многих сельских больницах. Наблюдалась острая нехватка медицинских инструментов и инвентаря.

В 1932 г. в больницах Северного края имелось всего три диагностических рентгеновских установки – в Архангельске, Вологде и Сыктывкаре.

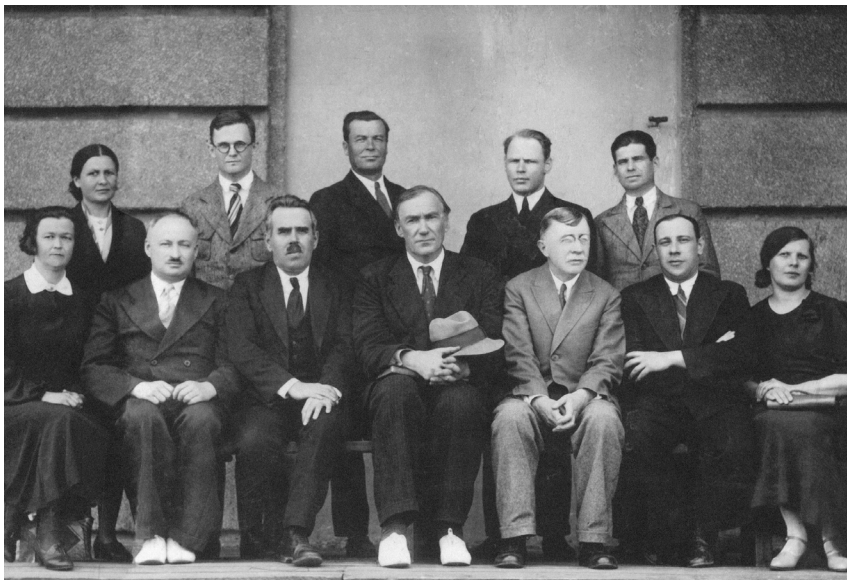
В структуре коечного фонда преобладали терапевтические, хирургические и инфекционные койки. Остро не хватало акушерских коек. По сводным данным за 1929–1932 гг., роды на дому составили 39 %. При отборе пациентов для стационарного лечения учитывалось социально-классовое положение. В первую очередь госпитализировались рабочие промышленных предприятий, лесозаготовители, транспортники, колхозники, партийные и советские служащие.

Острый дефицит медицинской помощи населению усугублялся отвлечением сотрудников стационаров и амбулаторий от их прямых обязанностей в связи с командировками на сельскохозяйственные работы и лесозаготовки.

Немаловажной медицинской проблемой в начале 30-х годов явился

бурный рост инфекционной заболеваемости в Архангельске и смежных административных районах. С 1926 по 1931 г. показатель заболеваемости брюшным тифом на 10 000 населения увеличился с 8,1 до 37,6, сыпным тифом – с 5,0 до 38,5, скарлатиной – с 12,0 до 45,1. Инфекционная вспышка в Северном крае объяснялась массовой ссылкой репрессированных людей из других регионов, антисанитарией, низким уровнем санитарно-эпидемиологической службы.

Необходимость проведения срочных государственных мер по оздоровлению медицины на Европейском Севере России в 30-е годы была очевидной. 2 октября 1931 г. Совнарком РСФСР рассмотрел вопрос «Об улучшении медико-санитарного обслуживания рабочих Северного края» и констатировал, что «темпы развертывания лечебно-санаторных учреждений значительно отстают от роста рабочего населения и особенно развертывания лесозаготовительных работ». Совнарком принял судьбоносные для нашей области Постановления № 1055 и 1056 о создании в 1932 г. в Архангельске медицинского института и строительстве крупной краевой клинической больницы на 1500 коек. Эти решения сыграли исключительную роль в развитии здравоохранения и укреплении обороноспособности на первом этапе и победного наступления Карельского фронта в годы Великой Отечественной войны.



Первый выпуск курсов усовершенствования хирургов АГМИ. 1-й ряд (слева направо): зав. кафедрой факультетской хирургии профессор И.Л. Цимхес (второй); зав. кафедрой глазных болезней, зам. директора по научно-учебной работе доцент Г.Г. Логинов; зав. кафедрой общей хирургии к.м.н. А.А. Вечтомов; зав. кафедрой госпитальной хирургии к.м.н. М.В. Алферов; зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии д.м.н. А.И. Лаббок. 1938 г.



Проектирование и подготовительные работы по строительству краевой клинической больницы начаты в октябре 1931 г. Технический проект несколько раз менялся, срок завершения строительства по многим причинам переносился. В июле 1937 г. принята в эксплуатацию первая очередь лечебного корпуса областной клинической больницы, до 1 января 1946 г. она носила название «2-я городская клиническая больница Архангельска». К концу года была развернута гинекологическое, родильное, септическое и хирургическое отделения суммарной мощностью 130 коек. В 1938 г. из 1-й ГКБ переведены 2-е хирургическое, родильное и нервное отделения, общее число сметных коек на конец года составило 300, в 1-й ГКБ – 972. Половина врачей 2-й ГКБ была выпускниками АГМИ.

В Архангельске в 1938 г. введены в строй туберкулезная больница Лахта на 100 коек, противотуберкулезный и венерологический диспансеры. Рентгеновские установки имели уже 13 стационаров, поликлиник и амбулаторий Архангельска. В областном центре работали 176 врачей одиннадцати специальностей. Народный комиссар здравоохранения СССР Н.А. Семашко 27.02.1938 г. подписал приказ № 240 об организации в Архангельске санитарной авиационной станции в виде самостоятельного подразделения при облздравотделе. Значительно окрепла медицинская служба в районных центрах области. Открыты Котласское и Маймаксанское медицинские училища.

Успехи в развитии здравоохранения Архангельской области в довоенном периоде были достигнуты благодаря республиканскому финансированию строительства и оснащения корпусов института и областной клинической больницы, а также благодаря рождению мединститута на северной окраине страны. Прибывшие из крупных городов квалифицированные научные и врачебные кадры явились стержнем прогресса теоретической и практической медицины. Становление АГМИ в 30-е годы подробно изложено в ряде солидных изданий. Опишем менее известные факты того периода, в частности, связанные с именем хирурга М.В. Алферова. Михаил Васильевич, выпускник Харьковского университета, в 1925 г. принят на должность заведующего хирургическим отделением городской Советской больницы Архангельска, имел стаж практической работы более десяти лет. Он явился инициатором



Профессор М.В. Алферов и врач Н.А. Рыбкина среди пациентов хирургического отделения 2-й городской клинической больницы, 1940 г.

переливания донорской крови в больницах нашей области. Первое в России переливание крови с учетом групповой принадлежности реципиента донора осуществил в 1919 г. В.Н. Шамов. В 1926 г. в Москве был образован первый в мире Институт переливания крови. Аналогичные институты созданы в 1930 г. в Харькове и в 1931 г. в Ленинграде. Проблема переливания крови впервые обсуждена на XXII Всесоюзном съезде хирургов (22–29 мая 1932 г., Москва). В резолюции съезда записано: «Переливание крови – один из видов неотложной помощи в хирургии. Первым делом следует подготовить врачей-хирургов, затем всех остальных врачей. Переливание крови – действенный метод помощи в условиях военного травматизма». Северный филиал Центрального института переливания крови создан в Архангельске в 1932 г. Организовал и возглавил его М.В. Алферов, будущий профессор, основатель и руководитель кафедры госпитальной хирургии АГМИ (1936–1941).

Северный филиал ЦИПК вначале располагался в городской Советской больнице, имел 4,5 штатных должности сотрудников. Затем штат увеличен до 7,5 единицы. В 1939 г. Северный филиал ЦИПК перемещен во 2-ю ГКБ и преобразован в Архангельскую областную станцию переливания крови. Профессор М.В. Алферов и хирург, ассистент кафедры Г.Ф. Николаев разработали научные вопросы донорства и переливания крови в условиях Севера, в т.ч. транспортировки крови авиационным транспортом. Обучены консервации и переливанию крови 130 врачей городских и сельских больниц. К.м.н. Г.Ф. Николаев вел приват-доцентский курс переливания крови на кафедре госпитальной хирургии

АГМИ в 1938–1939 учебном году, что было положительно отмечено Государственной выпускной экзаменационной комиссией. Опыт проведения 900 гемотрансфузий в больницах Архангельской области доложен М.В. Алферовым на научной конференции АГМИ в 1939 г. Перед началом Великой Отечественной войны издан первый сборник по гемотрансфузиологии, подготовленный научными сотрудниками АОСПК и кафедры госпитальной хирургии. Деятельность М.В. Алферова и его коллег в довоенном периоде по организации донорства имела огромное значение для широкого развертывания этой работы в Архангельске в начале войны. В 1939 г. кафедра госпитальной хирургии перемещена во вновь открытую 2-ю ГКБ. Произошло укрупнение кафедры за счет соединения с курсами военно-полевой хирургии, травматологии и ортопедии, бывшими до этого самостоятельными структурными подразделениями АГМИ. Кафедра располагала самой мощной клинической базой – 130 хирургическими койками. В учебном плане 1939 г. на изучение военно-медицинских предметов в мединституте было отведено 200 часов: общественная подготовка – 42, санитарно-химическая защита – 72, медико-санитарная служба противовоздушной обороны – 30 и медицинская тактика – 56. Перед войной состоялось пять выпусков врачей АГМИ. Большая часть молодых врачей первых четырех выпусков начала работу в больницах и амбулаториях Архангельской области, включая Ненецкий округ, Республику Коми. В начале Великой Отечественной войны они были мобилизованы и направлены в медицинские формирования действующих армий и фронтов.





Медицинское обеспечение БЛИЖНЕГО ТЫЛА Карельского фронта

Авторы: В.П. Быков,
А.В. Андреева, Г.О. Самбулов

В конце ноября 1939 г. началась советско-финляндская война, в декабре в Архангельский окружной военный госпиталь через Вологду по железной дороге доставлены первые раненые и обмороженные бойцы. Госпиталь был усилен мобилизованными гражданскими врачами. Начальником терапевтического отделения назначен ассистент кафедры факультетской терапии АГМИ А.П. Петров, начальником хирургического отделения – приват-доцент кафедры госпитальной хирургии Г.Ф. Николаев.



Г.Ф. Николаев,
ассистент, приват-доцент
кафедры госпитальной хирургии
АГМИ (1937–1939),
военно-полевой хирург

Архангельским облздравотделом в предвоенный период подготовлен мобилизационный план развертывания в областном центре двух эвакогоспиталей общей мощностью 1000 коек. Первые недели Великой Отечественной войны показали, что при мобилизационном планировании была существенно занижена величина возможных санитарных потерь и числа необходимых эвакогоспиталей. Потеря значительной территории Кольского полуострова и Карелии, Петрозаводска, блокада Ленинграда привели к тяжелой реальности – Архангельская область превратилась в ближний тыл Карельского фронта. Наличие в Архангельске медицинского института – мощ-

ного медицинского образовательного центра, крупных больниц, стабильных железнодорожных путей «Вологда–Архангельск», «Беломорск–Обозерская» стало объективным основанием для создания в первые военные месяцы на территории Архангельской области Госпитальной базы Карельского фронта.

Раненых и больных из армейских госпиталей эвакуировали разными видами транспорта: морским, железнодорожным, автомобильным и воздушным. Только в навигацию 1941 г. морские санитарные суда выполнили 79 рейсов и доставили в Архангельск из госпиталей Кандалакши более 19000 раненых. Распределение эвакуированных по госпиталям выполнял созданный в областном центре 96-й фронтовой эвакопункт. В областном отделе здравоохранения образован отдел эвакогоспиталей, первым руководителем назначен И.А. Копейкин. Всего на территории области сформирован 31 госпиталь на 13760 коек, часть из них передана Народному Комиссариату обороны и направлена на фронты в воевавшие армии. Эвакогоспитали были развернуты в 9 городах и поселках Архангельской

области: в Архангельске, Молотовске (Северодвинске), Няндоме, Онеге, Коноше, Сольвычегодске, Плесецке, Шалакуше; удельный вес коек хирургического профиля составил 64 %, терапевтических – 20,9 % и для больных туберкулезом – 15,1 %. Эвакогоспитали были оснащены медицинским оборудованием не в полном объеме; также не хватало посуды, транспорта для перевозки раненых и больных. Во всех эвакогоспиталях работали пошивочные, в некоторых – сапожные, слесарные и столярные мастерские.

Укомплектование врачами эвакогоспиталей и гражданских лечебных учреждений в начальный период войны представляло острейшую проблему.

В 1941 и 1942 гг. профессора и преподаватели АГМИ провели два цикла обучения хирургии врачей нехирургических



Эвакуация раненых авиатранспортом с аэродрома Луостари



специальностей. Состав группы – 20–25 человек, продолжительность обучения составила полтора-два месяца. Врачи эвакогоспиталей, работая без отпусков, несли колоссальную нагрузку, каждый лечил 100 и более больных в периоды массового поступления эвакуированных из фронтовой полосы. В работе в эвакогоспиталях в должности начальника отделения и консультанта участвовали сотрудники клинических кафедр АГМИ: профессора А.А. Вечтомов, Г.М. Давыдов, А.И. Дубинин, Н.Н. Дьяков, Г.Г. Логинов, В.В. Михеев, В.В. Преображенский, И.З. Талалов, М.С. Туркельтауб, доценты С.И. Елизаровский, Д.В. Никитин, ассистенты В.А. Ведерников, М.Е. Егорова, Э.С. Зверев, Н.В. Королева, С.А. Мациевский, О.В. Рыбникова.

Руководящие посты занимали доцент, профессор (1944) Г.А. Орлов – старший инспектор-хирург, главный хирург эвакогоспиталей в 1942–1945 гг.; доцент Н.А. Сычев – главный токсиколог Архангельского военного округа; доцент А.И. Миркин – главный терапевт Архангельского военного округа; Ф.И. Шарапова – начальник лечебного сектора отдела эвакогоспиталей; К.М. Гаврилова – заведующая отделом медицинской статистики, с 8.08.1944 г. – заведующая лечебным сектором отдела эвакогоспиталей.

Перед коллективом АОСПК поставлена задача – многократно увеличить объем заготовки донорской крови для нужд фронтов и эвакогоспиталей, развернутых в Архангельской области. Требовались тонны донорской крови.

Предстояло срочно укомплектовать станцию медицинскими кадрами за счет гражданских ЛПУ и обучить их новым специальностям. Перед началом Великой Отечественной войны коллектив АОСПК состоял из 6 сотрудников, в октябре 1941 г. он увеличился до 44, а к началу 1942 г. – до 80. Таким образом, за первые 6 месяцев войны произошел рост кадрового состава в 13 раз! Научными консультантами станции были профессор-хирург АГМИ Л.Д. Заславский и Г.М. Давыдов.

Донорами стали врачи, медсестры, санитарки эвакогоспиталей и больницы. Для пропаганды донорства проводились слеты и вечера доноров, на которых зачитывались благодарственные письма с фронта от бойцов, вернувшихся в строй после ранения. **Проблема донорства была решена: 17000 жителей Архангельской области стали донорами. Всего за годы войны заготовлено 18.410 литров крови; 70 % направлено в госпитали воевавших армий Карельского и других фронтов, 10 % передано в госпитальную базу.** Однократная доза забора крови составляла 250–300 мл. Донор после сдачи крови получал право на донорский обед из следующих продуктов (в граммах): хлеб – 400, мясо или рыба – 130, масло – 30, сахар – 30, чай – 0,3, крупа – 40, овощи – 400, молоко – 200, мука – 10. Большая часть доноров сдавала кровь безвозмездно. За годы войны ими в Фонд обороны страны было перечислено 100 000 рублей.

Перед коллективом АГМИ под руко-

водством директора **П.П. Ерофеева** стояла сложная задача – малым числом профессоров, ассистентов и преподавателей при сокращении срока обучения продолжить подготовку квалифицированных врачей. Новый учебный план обучения студентов, зачисленных на I курс в 1941 году, был рассчитан на 3 ½ года вместо 5 лет.

Первый учебный год начался 1 августа. Студенты II – V курсов обучались по переходным сокращенным планам. В связи с нехваткой ассистентов и преподавателей учебные группы объединяли, лекции удлинляли до 3–4 часов. Уменьшилась клиническая база, так как 2-я городская больница и больница водного транспорта (в н. вр. – СМЦ им. Н.А. Семашко) были преобразованы в эвакогоспитали, в которых было запрещено проводить практические занятия со студентами. Уменьшенный до предела срок обучения в медицинских вузах негативно отразился на качестве подготовки выпускников. Осознание данного факта привело к восстановлению довоенных учебных планов в соответствии с приказом Всесоюзного комитета по делам высшей школы от 19 июня 1942 года, в котором был четко регламентирован порядок проведения зачетов и экзаменов.



↑ Забор донорской крови в операционном боксе АОСПК. Февраль 1943 г. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33620оф



Давыдов Г.М.
(1894 – 1959)
Профессор, зав. кафедрой
госпитальной хирургии АГМИ,
консультант АОСПК и ЭГ 2524

Профессор **Г.М. Давыдов**, прибывший в Архангельск из блокадного Ленинграда и назначенный в июне 1942 года заведующим кафедрой госпитальной хирургии АГМИ, вспоминал: «Приехав в Архангельск, я не нашел ни кафедры госпитальной хирургии, ни клиники. На базе бывшей клиники функционировал крупный эвакогоспиталь. Пришлось начать работу без еди-



ного ассистента, т.к. все были мобилизованы в начале войны, и без единой хирургической койки. С большим трудом мне выделили 30 коек при госпитале для восстановления преподавания на кафедре...»

Голодные студенты в пальто, телогрейках в холодных лекционных аудиториях слушали и записывали лекции на листах технической бумаги и газетах, обмакивая перо ручки в чернильницы, которые носили с собой. Учеба давалась с трудом. На практических занятиях изучали лабораторные исследования крови и других биологических материалов. На 1-м этаже учебного корпуса АГМИ изучали анатомию человека, в подвале было достаточно трупов. В больницах осваивали методику обследования пациентов с болезнями и повреждениями. В свободное от занятий время студенты разгружали эшелоны с ранеными, переносили и перевозили их через Северную Двину по неокрепшему льду, работали медсестрами и санитарями, сдавали кровь. Некоторые подрабатывали в порту на учете военной техники и грузов с союзных судов – участников северных конвоев.

С 1941 года преподаватели и студенты АГМИ осуществляли сбор средств в Фонд обороны СССР и другие организации, покупали облигации и регулярно отчисляли деньги.

За годы войны из АГМИ было перечислено более 250 000 рублей на формирование танковой колонны и эскадрильи.

Историки утверждают, что Архангельск был на втором месте после блокадного Ленинграда по смертности гражданского населения в 1942 году, когда суточная норма хлебного пайка снижалась до 125–150 грамм.

Архивные документы свидетельствуют о том, что помимо учебы студенты АГМИ пилили и кололи дрова для учебного корпуса и общежития, дежурили на чердаках и крышах зданий во время вражеских бомбардировок, проявляя мужество и героизм при тушении «зажигалок».

В тяжелейшую военную пору студенты АГМИ болели алиментарной дистро-

фией, гиповитаминозами, инфекционными и другими болезнями, некоторые из них умерли, не успев реализовать свою мечту – стать врачом. Всего за годы войны АГМИ окончили 943 человека, из них более 300 молодых врачей сразу призваны в ряды воюющих сухопутных войск и на флот.

В АГМИ продолжалась научно-исследовательская работа. В ежегодных научных сессиях участвовали сотрудники АГМИ, врачи эвакогоспиталей, больницы областного центра и студенты старших курсов. В сборниках научных трудов за военный период опубликовано 72 статьи и 187 тезисов докладов. Завершили докторские диссертации **П.П. Ерофеев, И.Н. Маточкин, Г.Г. Логинов, Г.А. Орлов**; кандидатские диссертации – **Б.А. Барков, Н.М. Воронин, Г.И. Красносельский, В.Ф. Цель**.

За изобретения и новые медицинские технологии сотрудники АГМИ были удостоены правительственных наград. Первым орденосцем в АГМИ стал **А.И. Ведринский**, который запатентовал незамерзающую смазку на основе альгиновой кислоты беломорских водорослей для прицелов артиллерийских орудий, затем в соавторстве с профессором **Г.А. Орловым** – мазь альготан для лечения термических ожогов (1943 год). Основной компонент мази – альгиновая кислота, выделенная из беломорских водорослей, активно использовалась в разработках дерматологов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и других специалистов. Рецепты из местной продукции внедрены

в военном и гражданском здравоохранении: **А.П. Татаров** – повидло и сухой концентрат из беломорской морской капусты (1943 год); **И.С. Матусис** – способ получения обезгорченного концентрата витамина «С» из хвои (1942 год); **И.С. Матусис и М.Д. Киверин** – технология изготовления экстрактов, содержащих витамин «С» из сосновой хвои (1943).

Важные достижения были на кафедре детских болезней, где под руководством профессора **Ю.В. Макарова** и ассистента **Г.А. Хайн-Макаровой** трудились начинающие педиатры **Т.П. Левитина, М.В. Пиккель** и др., которые спасли десятки больных рахитом, в том числе эвакуированных из блокадного Ленинграда. Для лечения водяного рака – номы и гангренозного стоматита у детей – они применяли сульфидин внутрь и одновременно переливали донорскую кровь. Гемотрансфузии сочетали с приемом внутрь хвойного отвара, а также препаратов из беломорских водорослей. Специально для маленьких пациентов делали заказы в рыбных артелях. Северяне делились природными заготовками с больными и ранеными.

Коллектив АГМИ с честью прошел суровые военные испытания. Родина высоко оценила героический труд сотрудников в годы Великой Отечественной войны. Многие преподаватели были удостоены медалей «За оборону Советского Заполярья», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». 



↑
Перевязка раненого



Андрей Марьяндышев: «Европейские КОЛЛЕГИ не СТЕСНЯЛИСЬ консультироваться С НАМИ»

Беседовал
Роман Суфтин

24 марта отмечался Всемирный день борьбы с туберкулезом.

В 2023 году он проходил под девизом: «Да! Мы можем ликвидировать туберкулез!». В этот день на базе Северного государственного медицинского университета прошло торжественное мероприятие, посвященное 100-летию фтизиатрической службы Архангельской области.



О выборе профессии, первых шагах на профессиональном пути, сфере научных интересов, а также лечении пациентов мы поговорили с заведующим кафедрой фтизиопульмонологии, членом-корреспондентом РАН, вице-президентом Российского общества фтизиатров, профессором, доктором медицинских наук, главным внештатным фтизиатром Северо-Западного федерального округа и Архангельской области, почетным доктором СГМУ А.О. Марьяндышевым. Научные интересы Андрея Олеговича посвящены изучению и ликвидации туберкулеза в Архангельской области и Северо-Западном федеральном округе России. Он является основателем молекулярно-генетического мониторинга туберкулеза в Архангельской области. Исследования генетического профиля и распространения лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза позволили в нашем регионе, первом в стране, внедрить режимы лечения множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза, одобренные ВОЗ.

? Андрей Олегович, поступив на лечебный факультет АГМИ, Вы уже в студенческие годы занимались в научном кружке на кафедре туберкулеза, фтизиатрии, фтизиопульмонологии. Что повлияло на выбор специальности?

– В определении будущей судьбы студента большую роль играют преподаватели – люди, обладающие большим авторитетом, вызывающие неподдельный интерес. Для меня такими проводниками в профессию стали преподаватели курса, а затем кафедры туберкулеза АГМИ – доцент Александра Романовна Шевченко и заведующий кафедрой Валентин Иванович Дитятев, декан лечебного факультета. Два совершенно необычных человека. Александра Романовна занималась проблемами лечения саркоидоза, и ее работы в этой области были хорошо известны

в стране. Валентин Иванович был непререкаемым авторитетом в институте, помимо руководства кафедрой и факультетом, он занимал главную должность в партийной организации вуза. Он проводил интересную научную работу: изучал диссеминированные процессы в легких на стыке дифференциальной диагностики различных легочных заболеваний. Круг их научных интересов и личные качества очень привлекали студентов. Поэтому моя научная деятельность началась со студенческого кружка под руководством этих замечательных людей. После окончания аспирантуры в 1989 году я вернулся в институт на кафедру фтизиопульмонологии, где работал вместе с Валентином Ивановичем Дитятевым вплоть до его выхода на пенсию.

Во врачебной среде зачастую на выбор специальности влияют и личные об-

→
Занятие на кафедре фтизиопульмонологии СГМУ проводят профессор, член-корр. РАН А.О. Марьяндышев и доцент кафедры В.И. Дитятев. 2014 г.





стоятельства, например, болезни близких людей. К сожалению, нашу семью не обошел стороной туберкулез – моя бабушка и мой отец пострадали от этой болезни. Это в значительной степени повлияло на мой профессиональный выбор.

❓ Расскажите о первых шагах на профессиональном пути.

– Я пришел в профессию с мыслью, что туберкулез – инфекционное заболевание, а значит, его можно победить. Помню, как однажды поинтересовался у своего учителя Валентина Ивановича Дитятева, благодаря влиянию которого выбрал специализацию: «Как Вы думаете, я всю жизнь буду работать по этой специальности или настанет время, когда некого будет лечить?». Доцент ответил, что работы хватит даже моим внукам. Смею думать, что мой учитель все же ошибся. Достаточно сравнить количество противотуберкулезных лечебных учреждений, действовавших в Архангельской области тогда и сейчас. Студентами мы ездили на учебу в Маймаксанскую туберкулезную больницу. На улице Гайдара, где сейчас располагается Первая городская поликлиника, находился противотуберкулезный диспансер. Своим противотуберкулезным отделением располагала больница имени Н.А. Семашко. Даже в сквере напротив АГМИ находилось противотуберкулезное отделение. И это только в Архангельске! Представляете, как было распространено это заболевание? Сейчас на территории региона действует один противотуберкулезный диспансер, в состав которого входят три отделения: стационарное, поликлиническое и детское поликлиническое.

❓ Что позволило улучшить картину заболеваемости в нашей области? В 90-е годы наблюдалось ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, а в Архангельской области ситуация была хуже, чем в среднем по стране. Сегодня же наша область входит в список лидеров по борьбе с туберкулезом на северо-западе России и на территории всей страны в целом. Как удалось добиться такого результата?

– Период 90-х годов сопровождался социально-экономическими и политическими изменениями в жизни нашей страны. К сожалению, они не лучшим образом отразились на развитии медицины. Наблюдалось ухудшение общего здоровья населения. В первую очередь, о себе дали знать социальные болезни, в том числе туберкулез.



Профессор А.О. Марьяндышев выступает на межрегиональной конференции с международным участием «Проблемы туберкулеза, ВИЧ и ИПП в Арктическом регионе России». 2016 г.



Человечество знакомо с этой инфекцией с давних времен, поэтому выработало защитные иммунные реакции, которые сдерживают распространение болезни. Однако в периоды социально-экономического спада, когда уровень жизни большого количества людей ухудшается, возрастает уровень заболеваемости туберкулезом. Плачевная ситуация в Архангельской области была обусловлена и тем, что здесь располагалось множество мест лишения свободы, где концентрировалось большое количество пациентов больных туберкулезом. Это дополняло общую картину заболеваемости и смертности в регионе.

Сейчас обстановка кардинально изменилась: Архангельская область занимает третье рейтинговое место в России по эпидемиологии туберкулеза. При этом мы добились таких результатов, не выходя за рамки стандартов оказания медицинской помощи, которые едины для всей страны. Почему же в нашем регионе ситуация лучше, чем во многих других? Ответ заключается в том, что качество медицинской помощи можно повысить только благодаря реализации научно-практических проектов, которые позволяют проводить исследования и внедрять научно обоснованные результаты в практику.

К научно-практической деятельности по борьбе с туберкулезом в Архангельской области мы приступили в 1996 году.

Используя комплексный подход в решении проблемы, мы привлекли к этому процессу областную противотуберкулезную службу, систему исполнения на-

казаний, общую лечебную сеть, а также общественные организации, которые проявили себя очень активно. Мы понимали, что улучшить ситуацию можно только в рамках научно-исследовательского проекта, который охватывал бы все сферы.

Благодаря этому подходу, мы открыли первое в стране отделение для больных с множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом. У нас появилось первое в России медико-социальное отделение, в котором психологи и социальные работники помогали людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, довести лечение до конца и не прерывать его. Мы также проводили активную работу по привлечению к процессу профилактики пациентов, их родственников и людей из их круга общения.

Научно-обоснованные результаты исследований появились благодаря совместной работе сотрудников кафедры фтизиопульмонологии АГМА-СГМУ и Архангельского клинического противотуберкулезного диспансера. В начале нашего пути мы работали в тесном взаимодействии с международными консультантами. Сначала мы учились у них, потом они учились вместе с нами, а затем уже мы консультировали зарубежных коллег. Например, европейские врачи не стеснялись консультироваться по поводу лечения больных с лекарственной устойчивостью к туберкулезу. В Европе это редкое и мало изученное явление, в то время как у нас в основе системы оказания помощи таким больным лежат научные проекты, которые позволяют оценить наиболее эффективный подход в диагностике и лечении пациентов.

Наш опыт транслировался на многие регионы России. Я уже упомянул, что мы находимся в тройке субъектов Российской Федерации с лучшими эпидемиоло-



гическими показателями. Первое место среди них занимает Вологодская область, на втором находится Белгородская область, а на четвертом – Ненецкий автономный округ. Эти регионы использовали наш опыт в организации своих противотуберкулезных программ, мы помогали нашим коллегам проводить приоритетные мероприятия, обучали врачей.

Сегодня в Архангельскую область стремится попасть большое количество людей, чтобы пройти лечение от туберкулеза.

Мы первыми в стране начали применять самые современные методы лечения на основе международных проектов, и на данный момент смогли значительно сократить сроки терапии – с 24-х до 9-ти месяцев.

Участие и тесное взаимодействие в борьбе с туберкулезом всех заинтересованных сторон, а также серьезная административная и финансовая поддержка государства, которая позволяет реализовывать научно-практические проекты, стали главными составляющими, благодаря которым Архангельской области удалось добиться прогресса.

? У Вас большой опыт международного сотрудничества. С 1999 года Вы выступаете в качестве эксперта международного союза борьбы с туберкулезом и другими заболеваниями легких. Более 20 лет, являясь экспертом ВОЗ, проводите оценку и консультации противотуберкулезных программ в разных странах мира. С 2010 по 2018 год являлись председателем, а сейчас являетесь членом Европейского комитета ВОЗ «Зеленый свет». Приходилось ли сталкиваться с какими-то сложными ситуациями во время международной практики?

– В общей сложности как международный эксперт я консультировал программы по борьбе с туберкулезом в 14 странах мира. Основная тема консультаций – множественная лекарственная устойчивость к туберкулезу. В некоторых государствах была достаточно хорошая эпидемиологическая картина, однако отсутствовал опыт лечения пациентов с лекарственно-устойчивой формой заболевания. В качестве примера могу привести Македонию, Румынию и Эстонию. Но в большинстве стран ситуа-

ция не была столь благополучной. На европейском континенте я делился опытом с коллегами из Китая, Монголии, Непала. Уже 10 лет выступаю консультантом противотуберкулезной программы Туркменистана. В последнее время ситуация там значительно улучшилась, а эпидемиологические показатели на сегодняшний день – лучшие в Средней Азии.

Экстремальные ситуации вспомнить трудно, но запоминающиеся случаи были. Например, однажды в Непале пришлось посетить лепрозорий. Иногда, по просьбе коллег, приходилось делиться опытом в качестве практикующего врача: в Узбекистане я две недели работал в противотуберкулезном диспансере как участковый фтизиатр – давал консультации врачам по организации диагностики и лечения пациентов. А в Киргизии однажды проводил осмотр пациентов, отбывающих наказание в колонии для больных туберкулезом.

? Во всем мире признано, что хирургия должна применяться в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза. Часто ли сегодня пациенты нуждаются в хирургическом лечении?

– Я не сторонник хирургического метода в лечении инфекционных болезней. Но бывают сложные случаи, когда без оперативного вмешательства не обойтись. Однако считаю, что эта помощь должна быть высокотехнологичной. Поэтому на посту главного фтизиатра Северо-Западного федерального округа я приложил все усилия для того, чтобы централизовать хирургическую помощь в Санкт-Петербургском научно-исследо-

вательском институте фтизиопульмонологии, который обладает возможностью проведения операций с использованием современных разработок, например, с помощью аппарата «da Vinci». При необходимости оперативного вмешательства мы направляем пациентов именно туда. Но таких случаев немного – максимум пять в год. Экстренную хирургическую помощь больным оказывают наши коллеги из Архангельской областной клинической больницы. Главным в лечении считаю использование противотуберкулезных препаратов для уничтожения микобактерий и повышения иммунологической реактивности организма, чтобы человек смог защитить себя от этой инфекции.

? К сожалению, болеют не только взрослые, но и дети. Как защитить подрастающее поколение? Отличаются ли меры профилактики и диагностики этого заболевания для взрослых и детей?

– Если говорить о профилактике, то после роддома каждый ребенок проходит вакцинацию БЦЖ, которая помогает избежать заражения генерализованной формой заболевания – туберкулезным менингитом. Эта прививка не дает гарантии от заражения туберкулезом на всю жизнь, но предохраняет детей от тяжелых форм болезни.

Отличие в помощи для детей и взрослых заключается также в методах скрининговой диагностики. Для диагностики ранней формы туберкулеза у взрослых используется рентгенологическое обследование – флюорография. Однако этот метод не применим к детям. Кроме того, у детей заболевание может протекать в



Участники разработки системы диагностики туберкулеза с использованием ДНК-биомаркера: профессор А.О. Марьяндышев, к.м.н. П.И. Елисеев, Е.С. Химова, М.И. Родина, 2021 г.



латентной форме, так как растущий иммунитет успешно борется с инфекцией. Для того чтобы диагностировать заболевание, у детей до 7 лет проводят туберкулиновые пробы. Для детей в возрасте от 7 до 18 лет мы применяем другой метод – вводим препарат «Диаскинтест», который позволяет выявить более специфичную, то есть более точную реакцию на микобактерии. Если тесты показывают положительный результат – ребенку назначается профилактическое лечение, которое не отличается от лечения взрослых.

Следует отметить, что Архангельская область на данный момент демонстрирует наименьшие показатели в стране по заболеваемости туберкулезом среди детей. В прошлом году зарегистрирован всего один случай, когда на территории региона заболел ребенок. Это произошло в семье мигрантов в результате контакта с родственником-носителем заболевания, который приехал в гости из-за границы. Других случаев не было. Это великолепный показатель, к которому мы долго стремились.

? Какую роль в борьбе с туберкулезом играют общественные организации?

– Взаимодействие медицины и гражданского общества – это общемировая практика. Некоммерческие общественные организации играют большую роль в улучшении качества медицинской помощи. Они берут на себя выполнение важных, но несвойственных для научно-медицинского сообщества задач. В свою очередь, научные работники и практикующие врачи оказывают НКО консультационную помощь, когда идет речь о проектах, которые затрагивают сложные проблемы здоровья человека. Это взаимовыгодное сотрудничество, которое способствует достижению конечного результата – ликвидации туберкулеза. Например, мы давно и плодотворно сотрудничаем с благотворительным фондом «Легкое дыхание», который реализует различные социальные проекты.

? Опираясь на девиз Всемирного дня борьбы с туберкулезом этого года, хотелось бы задать вопрос: «Реально ли ликвидировать туберкулез?»

– Мы движемся к тому, чтобы до 2030 года победить эту болезнь на территории всей европейской части мира. Это научно обоснованная позиция Всемирной организации здравоохранения. Новые подходы к профилактике, эффективные лекарственные препараты и быстрые методы диагностики, которые доступны, в том чис-

ле и в Архангельской области, позволяют говорить о том, что это – реалистичная задача. В скором будущем может поменяться сама стратегия борьбы с заболеванием: финальную клиническую фазу испытаний проходят новые вакцины, с помощью которых можно будет успешно предупреждать рецидивы и даже развитие туберкулеза. Разработка таких вакцин ведется как за рубежом, так и в нашей стране. Если говорить об Архангельской области, то у нас есть все шансы первыми в России ликвидировать это заболевание.

? Какие исследования в области фтизиопульмонологии сегодня Вы назвали бы наиболее актуальными?

– Наиболее актуальными являются исследования в области персонализированной медицины. Речь идет о молекулярно-генетических и постгеномных исследованиях, за которыми будущее в лечении и диагностике заболеваний.

Обладая знаниями о геномном паспорте человека, а также о геномном паспорте возбудителя заболевания, мы, например, с большей точностью можем прогнозировать побочные эффекты при назначении больному лекарственного препарата.

Постгеномные изыскания помогают сделать более эффективной диагностику. Сейчас существуют технологии, которые значительно облегчают процедуру выявления заболевания у определенных категорий пациентов: у пожилых, у детей, у больных, находящихся в тяжелом состоянии, у ВИЧ-положительных пациентов. Чтобы поставить диагноз, теперь не обязательно собирать мокроту, достаточно взять на анализ образцы другого биологического материала.

Исследования в этой области на сегодняшний день являются самыми перспективными. Конечно, возможности кафедры ограничены по сравнению с возможностями научно-исследовательских институтов, поэтому мы выбираем те направления исследований, которые имеют прикладное значение и способны приблизить нас к заветной цели – полностью освободить Архангельскую область от туберкулеза.

? Вы – врач, ученый, преподаватель. В 2022 году Вы стали победителем областного конкурса в номинации «Лучший наставник года». Трудно ли сегодня работать с молодежью?

– Мне повезло, у меня прекрасные ученики! Нашу специальность нельзя назвать экономически привлекательной, поэтому во фтизиатрию приходит моло-



Церемония награждения областного конкурса «Лучший наставник года», 2022 г.

дежь, которая по-настоящему увлечена наукой. Нынешнее поколение ничем не отличается от предыдущего: у молодежи те же этические установки, то же желание помогать людям. Главное, создать все условия, благодаря которым будущие врачи и ученые могли бы расти и развиваться. Конечно, очень приятно, когда ученики добиваются серьезных результатов в профессии. Многие из них достигли успехов в науке, работают в крупных научно-исследовательских центрах и различных российских вузах, многие реализовали себя в практической медицине.

? На Ваш взгляд, каковы главные аспекты медицины будущего? К чему уже сегодня должны быть готовы студенты-медики?

– Человечество все глубже погружается в цифровое, технологичное пространство, которое охватывает все стороны жизни, в том числе и медицину. Неслучайно ВОЗ разработала глобальную стратегию «Цифровое здоровье», которая направлена на всеобъемлющее использование цифровых технологий в целях здравоохранения. В дальнейшем ответственность врача будет только возрастать: ему предстоит следить за развитием необходимых навыков, осваивать новые технологии. Важно также понимать, что развитие цифровых технологий в медицине делает практическую деятельность неотделимой от научной и педагогической деятельности. Главная задача – в новом цифровом пространстве не потерять человечность, присущую профессии врача. 



Помощь придет **ВОВРЕМЯ**

Подготовил Роман Суфтин



Парк техники
санавиации.

Фото

Ольги Верховцевой

В феврале 2023 года санитарной авиации Архангельской области – одной из старейших в стране – исполнилось 85 лет. Поздравления с юбилеем принимали коллектив и ветераны отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи Архангельской областной клинической больницы. Медицинские работники именно этого подразделения АОКБ преодолевают огромные расстояния по воздуху и по земле, чтобы спасти жизни пациентов.

Немного истории

27 февраля 1938 года приказом наркома здравоохранения СССР Н.А. Семашко в Архангельске на базе 33-го отдельного авиаотряда была создана санитарная авиационная станция, которая в качестве самостоятельного подразделения вошла в состав Облздравотдела. Именно эта дата считается отправной точкой истории областной «крылатой» скорой помощи. В 1955 году санавиастанция была включена в состав областной клинической больницы, получив статус отделения. В 1963 году она реорганизована в отделение экстренной и плановой консультативной помощи, а в 2014 году – в отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи, включающее в себя консультативно-диагностический отдел телемедицины и областную мобильную врачебно-сестринскую бригаду.

За 85 лет сотни бортврачей разных специальностей и медицинских сестер прошли школу санавиации и получили бесценный опыт работы в экстремальных условиях Севера с тяжелыми пострадавшими и больными. Многие

врачи в дальнейшем защитили кандидатские и докторские диссертации, стали доцентами, профессорами и заведующими клиническими кафедрами АГМИ – АГМА – СГМУ, передавая знания и умения студентам, врачам-интернам, клиническим ординаторам и курсантам факультета повышения квалификации. Их имена известны: Александр Андреевич Киров, Римма Александровна Клепикова, Георгий Александрович Марголин, Геннадий Михайлович Медведев, Борис Вениаминович Кузнецов, Валерий Александрович Кудрявцев, Виталий Петрович Быков, Виктор Филиппович Федосеев, Сергей Николаевич Баранов, Геннадий Михайлович Карельский.

Воздушное судно – это летающий мини-госпиталь

Отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи возглавляет заместитель главного врача АОКБ, анестезиолог-реаниматолог высшей категории, заслуженный врач Российской Федерации Алексей Вадимович Преловский.

После окончания лечебного факультета АГМИ в 1986 году Алексей Прелов-



ский поступил в интернатуру АОКБ и по ее окончании в 1987 году начал выполнять экстренные задания в санавиации.

– Конечно, за 36 лет многое изменилось. В первую очередь – техническое оснащение. Сегодня в распоряжении дежурных бригад есть все необходимое для стабилизации состояния пациента и его безопасной транспортировки, – отмечает Алексей Преловский.

Благодаря министерству здравоохранения и правительству Архангельской области обновление материально-технической базы отделения идет непрерывно. Недавно приобретены новые реанимобили класса «С», оснащенные всем необходимым для проведения реанимационных мероприятий. В 2017 году обновился парк авиатехники – для нужд санавиации был приобретен новый транспортный вертолет Ми-8МТВ-1 с медицинским модулем.



А.В. Преловский, заведующий отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи АОКБ

– Воздушное судно сейчас – это летающий мини-госпиталь. Например, в полете к аппаратам искусственной вентиляции легких мы можем подключить одного и более пациентов. В нашем распоряжении есть мониторы, дозаторы, система дефибрилляции, электрокардиограф и другая аппаратура. Появилась бортовая сеть, к которой можно подключить все это оборудование, – рассказывает Алексей Преловский.

Количество вызовов ежегодно растёт

Если измерять работу санавиации в цифрах, то за последние годы объем оказания медицинской помощи вырос в несколько раз. В 2022 году в отделение



Доставка пациента к борту вертолета (д. Яреньга, Приморский р-н).
Фото Ольги Верховцевой



экстренной консультативной скорой медицинской помощи АОКБ поступило 1711 обращений. Медицинские бригады совершили 1037 вылетов, 411 выездов санитарным автотранспортом и доставили в областной центр 2458 пациентов. Алексей Вадимович уточняет, что за одни дежурные сутки борт санавиации может совершить несколько вылетов, а за один санитарный рейс вывезти сразу несколько пациентов.

Нозология (классификация) болезней взрослого населения Архангельской области, с которой чаще всего приходится работать медикам санавиации, выглядит следующим образом: болезни сердечно-сосудистой системы (488 эвакуированных в 2022 году); инсульт (458); акушерско-гинекологическая патология (440); травмы и ранения (242).

Алексей Преловский говорит, что самое главное – правильно определить очередность оказания помощи. Во время нашей беседы вертолет санавиации как раз возвращался с задания. Утром он вылетел в Лешуконский район, чтобы эвакуировать пациента с сердечно-сосудистой патологией, а на обратном пути взял на борт беременную женщину из Мезени. После доставки пациентов в Архангельск экипаж вертолета и врачи отправились в Няндому и Плесецк, чтобы доставить в областной центр пять пожилых пациентов с различными заболеваниями, которым потребовалась помощь областных врачей. При этом поступали вызовы и из других удаленных от областного центра населенных пунктов.

– На дежурстве находится всего один вертолет, а порой случается вал обращений, которые требуют незамедлительного вмешательства, поэтому необходимо правильно выбрать очередность оказания помощи. Но в приоритете всегда

– дети и беременные женщины, а также пострадавшие в серьезных дорожно-транспортных происшествиях, которым требуется экстренная помощь, – подчеркивает Алексей Преловский.

Месяц в полете

Огромные расстояния, удаленность многих территорий от «большой земли» делают оказание экстренной помощи в Архангельской области немислимой без санавиации. В распоряжении отделения есть парк современных реанимобилей, однако их использование ограничено трассой М-8 и близкими к областному центру районами, поэтому 70 процентов всех санитарных рейсов приходится на воздушный транспорт.

Все санитарные перелеты в регионе осуществляет 2-й объединенный авиаотряд – неизменный и надежный партнер отделения.

В те немногочисленные населенные пункты, где есть взлетно-посадочная полоса, врачей доставляют самолетами Л-410 и Ан-2 (летом). Но большую часть санитарных рейсов врачебно-сестринские бригады совершают на винтокрылых машинах, которые являются универсальными «рабочими лошадками». На круглосуточном дежурстве ежедневно находится экипаж вертолета Ми-8.

В авиации существует такое понятие, как «налет часов» – продолжительность рабочего времени, проведенного в полете. В 2022 году врачи и медсестры «крылатой» скорой помощи в общей сложности находились в воздухе более 140 суток. Личный рекорд принадлежит медсестре-анестезисту Ольге Леонидов-



не Верховцевой – в прошлом году ее летное время составило порядка 700 часов. Если часы перевести в сутки – получится без малого целый месяц.

– Мы выполняем санитарные задания не только в пределах области, но и доставляем пациентов в федеральные медицинские центры: в Москву, Санкт-Петербург, в ожоговый центр, расположенный в Нижнем Новгороде. Часто помогаем нашим коллегам из Ненецкого автономного округа, где недоступны некоторые виды помощи. С каждым годом количество проведенных в воздухе часов увеличивается, – объясняет Ольга Верховцева.

Ольга Леонидовна работает в АОКБ с 2000 года, стаж в санавиации – 20 лет. О том, что много времени приходится проводить в воздухе, нисколько не жалеет. Говорит, что в выбранной профессии ее привлекает возможность помогать людям. В августе 2019 года две медицинские бригады отделения принимали участие в спасении и эвакуации пострадавших в результате взрыва на полигоне Ненокса. За смелые и решительные действия при спасении людей в чрезвычайной ситуации Ольга Верховцева и ее коллеги – врач-анестезиолог-реаниматолог Юрий Шкерский, врач-анестезиолог-реаниматолог Олег Смирнов и медицинская сестра-анестезист Ксения Боголепова – были удостоены орденов Мужества.

Ольга Верховцева с детства увлекается фотографией и не расстается с камерой даже на дежурстве. Благодаря ее хобби, в отделении на протяжении 20 лет непрерывно ведется «фотолетопись» работы санавиации. За это время творчество талантливого медика смогли оценить не только коллеги – Ольга Леонидовна является лауреатом множества фотоконкурсов. Недавно ее снимок вошел в число финалистов конкурса «Медики на работе», организованном Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения, в номинации «На суше, на море и в воздухе!».

Своими работами Ольга Верховцева любезно поделилась с читателями «Медика Севера».

«Радуетмся вместе с нашими пациентами»

В Архангельской области создана трехуровневая система оказания медпомощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Все тяжелые случаи должны концентрироваться для родоразрешения в област-

ном перинатальном центре как в родо-вспомогательном учреждении третьего, высшего уровня. Но если требуется экстренная выездная помощь при родах – ее оказывают реанимационно-анестезиологические, акушерские и неонатальные бригады санитарной авиации. При транспортировке мам и малышей в областной центр медикам помогает специальное оборудование, которое позволяет отслеживать все показатели жизнедеятельности пациентов.

– Если случается из ряда вон выходящая ситуация, когда необходимо оказать помощь прямо на месте, – вылетает бригада с необходимым составом врачей и среднего медперсонала: акушер-гинеколог, детский анестезиолог-реаниматолог, детская медсестра. После родоразрешения маму с ребеночком обязательно доставляем в Архангельск, – рассказывает Екатерина Васильевна Данилова, врач-акушер-гинеколог высшей категории.

За пять лет, прошедших с момента открытия в Архангельске перинатального центра, обращений за экстренной помощью стало меньше. Екатерина Данилова объясняет, что система родовспоможения позволяет женщинам в плановом порядке выезжать для родов в Архангельск. Например, в прошлом году санавиация совершила только 285 акушерско-неонатальных вылетов, во время которых эвакуировала 325 женщин.

Помимо перинатального центра, в Архангельской области действуют три учреждения второго уровня (в Вельске, Котласе и Северодвинске), а также учреждение первой группы в Няндоме, где могут принимать роды у женщин без

патологии и осложнений во время беременности. Во всех остальных лечебных учреждениях созданы urgentные родильные залы, в которых может быть оказана экстренная помощь. Но для оказания более специализированной помощи всех пациентов затем доставляют в перинатальный центр.

Тем не менее, в таком большом регионе как Поморье, нередко ситуации, когда санавиация – единственная надежда пациентов. Особенно часто такие вызовы происходят весной и осенью, когда транспортная связь с «большой землей» на многих территориях прерывается.

Екатерина Данилова вспоминает, как несколько лет назад поступил экстренный вызов из одного населенного пункта, расположенного на острове в дельте Северной Двины, где в самый пик ледохода у женщины начались роды. Несмотря на сложные погодные условия, вертолет смог доставить бригаду медиков на остров, однако транспортировать роженицу в город уже было поздно – принимать роды пришлось дома. Благодаря своевременно оказанной помощи на свет появился здоровый мальчик. И таких случаев из своей практики врач может вспомнить много.

Так как все пациенты затем проходят обследование в перинатальном центре, а некоторые могут наблюдаться до трех лет, у врачей есть возможность видеть главные результаты своего труда – здоровых мам и малышей.

– Самое главное, что мы можем наблюдать, как растут наши пациенты. Когда мамы и дети счастливы, мы радуемся вместе с ними, – признается Екатерина Данилова.



На борту самолета Л-410 работает неонатальная реанимационная бригада.
Фото Надежды Балашевой



.....
 Коллектив ОЗКСМП.
 Фото Ольги Верховцевой

Необходимо любить небо

Работа отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи АОКБ – эта командная работа, в которой конечный результат зависит от слаженных действий каждого звена: экипажа воздушного судна, диспетчерской службы, водителей реанимобилей, медицинских бригад. Мы поинтересовались у Алексея Преловского, какими

качествами должны обладать люди, которые решили связать свою судьбу с санитарной авиацией.

– В санитарную авиацию идут люди с опытом работы «на земле», которые обладают достаточными знаниями и могут оказать помощь в критической ситуации, – говорит Алексей Преловский. – Перед тем как эвакуировать пациента, мы оцениваем и стабилизируем его состояние.

Но непредвиденные ситуации случаются и в полете. В этом случае можно рассчитывать только на себя. Кроме того, необходимо любить небо. Это ответственная и сложная работа – к нам не идут те, кто гонится за деньгами, здесь работают энтузиасты и профессионалы. И я очень рад, что наш коллектив в последнее время пополняется молодыми специалистами, которые стремятся работать в санавиации. 

Детское здоровье: НОВОЕ СЛОВО в лечении ретинопатии НЕДОНОШЕННЫХ

Автор:
 Марина Лукшайтис

В перинатальном центре Архангельской областной клинической больницы успешно применяется новая методика лечения тяжелого заболевания глаз у недоношенных детей. Речь идет о ретинопатии недоношенных, которая является одной из главных причин слепоты и слабовидения у детей.

У рожденных в сроке до 28-й недели беременности отмечаются выраженные признаки незрелости, на фоне которых часто развивается тяжелая офтальмо-

логическая патология. Ретинопатия недоношенных развивается у 20–30 % недоношенных детей раннего возраста, частота заболевания зависит от степени зрелости и массы тела, достигая почти 100 % у детей с критически низкой массой тела при рождении (менее 750 граммов). Заболевание практически не встречается у более зрелых детей со сроком гестации старше 31-й недели.

Ретинопатия может протекать в двух формах. У большинства детей наблюдается классическая форма ретинопатии,

протекающая более благоприятно. У части недоношенных организм самостоятельно справляется с заболеванием на ранних стадиях. Только от 20 до 30 % детей с классическим течением ретинопатии требуют оперативного лечения.

Обследование новорожденных с целью своевременного выявления данного заболевания в перинатальном центре проводит врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафе-



А. М. Ревта применяет новую методику лечения ретинопатии недоношенных

дры семейной медицины и внутренних болезней СГМУ **Андрей Михайлович Ревта**, посвятивший профессии более тридцати лет. Изучением патологии глаз у новорожденных детей врач занимается с 1996 года. За это время специалистом было пролечено более двух тысяч детей с ретинопатией недоношенных, проведено почти четыреста лазеркоагуляций.

В прежние годы, как рассказывает Андрей Михайлович, основным способом лечения пороговой стадии ретинопатии недоношенных являлась лазерная коагуляция сетчатки, которую в среднем проводят на 10-й неделе жизни ребенка.

Лазеркоагуляция, в подавляющем большинстве случаев, позволяет остановить прогрессирование патологического процесса на глазном дне, предотвратить развитие отслойки сетчатки и сохранить зрение ребенку. В то же время лазерная операция имеет и свои недостатки: это большая длительность операции (и, соответственно, наркоза), необходимость дорогостоящего оборудования и высокой квалификации врача. Множествен-

ные коагуляты на глазном дне ограничивают поле и снижают качество зрения. Лазеркоагуляция также не может справиться со злокачественной формой ретинопатии – задней агрессивной формой, которая регистрируется все чаще.

С 2022 года в России разрешен к применению для недоношенных детей генно-инженерный препарат – ингибитор ангиогенеза – ранибизумаб. Интравитреальное введение препарата позволяет остановить рост новообразованных сосудов на сетчатке и блокировать дальнейшее прогрессирование ретинопатии.

В прошлом году зафиксировано 30 случаев ретинопатии недоношенных, прооперировано 7 детей с пороговой стадией. У остальных заболевание прогрессировало самостоятельно на ранних стадиях. Трем детям было выполнено интравитреальное введение препарата. Уже через день после операции видна выраженная положительная динамика, а через неделю отмечено практически полное выздоровление.

Преимущества новой методики:

- резко сокращается время операции (до нескольких минут),
- быстрая реабилитация пациента,
- возможность повторного вмешательства,
- на глазном дне не остается грубых изменений, лазеркоагулятов.

Будет ли зрение недоношенного после лечения стопроцентным – зависит от множества факторов. После перенесенных тяжелых форм ретинопатии, требующих оперативного лечения, 100-процентное зрение в дальнейшем наблюдается только у 10-15 % детей. Кроме остаточных изменений на глазном дне, у недоношенных детей развивается целый спектр сопутствующих патологий, чаще всего высокая близорукость и миопический астигматизм (до 40%), у каждого третьего ребенка – косоглазие, реже другая патология (нистагм, катаракта, глаукома, поздняя отслойка сетчатки).

Использование ранибизумаба для лечения ретинопатии в ряде случаев – единственный способ сохранить ребенку зрение. Недоношенные дети находятся в перинатальном центре два-три месяца и более, за это время врачи успевают диагностировать и при необходимости прооперировать ребенка. Лечение не заканчивается в перинатальном центре. Такие дети подлежат активному динамическому наблюдению в течение первого года жизни, а некоторые остаются под наблюдением офтальмолога в течение всей жизни.

Все как в ЖИЗНИ: пациенты без сознания и взволнованные родственники

Автор: А.И. Поскотинова, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии СГМУ

25 – 28 марта 2023 года состоялась юбилейная X Открытая студенческая олимпиада СГМУ по педиатрии. Перед организационным комитетом стояла непростая задача – выявить лучшего из 36 амбициозных студентов. Приятной традицией стало участие в соревновании студентов младших курсов, которые ещё только начинают свой путь

в медицине, но уже стремятся проверить свои силы и получить новые знания.

Одной из задач Олимпиады является отбор студентов, которым предстоит защищать честь СГМУ на всероссийском уровне в следующем учебном году, поэтому и уровень заданий, и их содержание соответствуют самым высоким требованиям.

Первый тур Олимпиады – интеллектуальный – состоял из двух частей. Сначала студенты отвечали на пять каверзных вопросов игры «Что? Где? Когда». Одних медицинских познаний здесь было недостаточно – требовалось освежить воспоминания о детских сказках, продемонстрировать чувство юмора и даже вспомнить китайский календарь! А сразу



после такой «разминки» – сложный тест из 45 вопросов, охватывающий самые разные области педиатрии. После завершения программы данного этапа для всех желающих был проведен подробный разбор заданий с оглашением правильных ответов. В результате во второй тур прошли 15 полуфиналистов. Стоит отметить, что разрывы в баллах были минимальными, а значит, всё самое интересное ожидало дальше!

Второй этап Олимпиады – практический – проходил на базе Федерального аккредитационного центра СГМУ. Конкурсантам предстояло решить 5 ситуа-

ционных задач – по 8 минут на каждую. Участники демонстрировали навыки сердечно-легочной реанимации на «взрослом» и «новорожденном» манекенах, купировали приступ бронхиальной астмы и гипергликемическое состояние, а также справлялись с анафилактическим шоком. На некоторых станциях их ожидали помощницы – студентки в роли медицинских сестер, но порой приходилось иметь дело со взволнованными «матерями» – клиническими ординаторами кафедры ПДБ и ПП. Таким образом, эксперты проверяли не только знание алгоритмов оказания неотлож-

ной и экстренной медицинской помощи, но и стрессоустойчивость в сочетании с коммуникативными навыками.

В заключительный день Олимпиады великолепная семерка финалистов достойно справилась с тремя сложными клиническими задачами, «диагностировав» и «вылечив» ювенильный артрит, гепатит и иммунную тромбоцитопению всего за 1 час!

По итогам Олимпиады призовые места распределились следующим образом:

- I место** – Людмила Иванова
(VI курс, педиатрический факультет)
- II место** – Чинара Ализаде
(VI курс, педиатрический факультет)
- III место** – Дарья Нагайцева
(V курс, лечебный факультет)

Финалистами стали пятикурсники – педиатры Екатерина Семенова, Юлия Опехтина и Елизавета Копосова, а также студент IV курса педиатрического факультета Кирилл Гребнев.

Благодарим всех студентов за участие, а также всех причастных – за проведение Олимпиады и освещение мероприятия в СМИ! До новых встреч!



Победитель Олимпиады Людмила Иванова проводит реанимационные мероприятия у новорожденного

Молодежное научное общество СГМУ – старт *твоей* научной карьеры!



Председатель Молодежного научного общества СГМУ Валерия Хомеча

Подготовил Роман Суфтин

За 2021–2022 учебный год заседания различных кружков посетили сотни обучающихся нашего вуза. Студенты, занимающиеся в кружках, формируют команды и выступают на олимпиадах всероссийского уровня, завоевывая призовые места.

22 февраля 2023 года на пост председателя Молодежного научного общества СГМУ избрана студентка 5-го курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии Валерия Александровна Хомеча. Уже со 2-го курса она активно участвует в общественной жизни своего факультета и университета. С 2021 года Валерия входит в состав Совета МНО в качестве старосты Студенческого научного кружка кафедры клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. Работая в составе Совета, она

зарекомендовала себя отзывчивым и исполнительным человеком и была назначена на пост заместителя председателя Совета МНО. Вступив на должность председателя, Валерия Хомеча с энтузиазмом подошла к выполнению поставленных перед ней задач.

– Многие думают, что наука – это что-то скучное, нудное, непонятное, – рассказывает Валерия. – Я убеждена в обратном, и МНО СГМУ это подтверждает. Наука может быть интересной и увлекательной. Старосты СНК и кружковцы стараются организовывать свою работу так, чтобы ребятам было интересно погружаться в медицинскую науку.

Я как председатель постараюсь создать в МНО благоприятную среду для развития и роста общества. Во-первых, необходимо создать бренд МНО нашего вуза, который бы отражал в себе особенности

Молодежное научное общество СГМУ представляет собой форму молодежной науки, объединяющую более 20 студенческих научных кружков (СНК).



медицинской науки Поморья, Арктики, северного студенчества и не только. Вторых, МНО нуждается в реорганизации, создании отделов внутри структуры и назначении ответственных лиц.

Для повышения интереса студентов к занятию наукой, новый председатель также предлагает создать канал на одном из видеохостингов, на котором будут выходить ролики о различных студенческих научных кружках с видеоматериалами прямо с заседаний.

– Как же можно попасть на заседания СНК? Каждый студенческий научный кружок ведет группу в социальной сети «ВКонтакте», в которой публикуются анонсы заседаний, и есть контакты старост, – объясняет Валерия. – Кроме этого, активно ведется группа МНО, в которой также можно найти много полезной информации о заседаниях и мероприятиях. Наши научные кружки открыты для студентов абсолютно всех направлений, каждый желающий может прийти на заседание и узнать что-то новое, а в некоторых СНК есть возможность проверить на практике свои навыки.

С 31 марта по 1 апреля 2023 года в Москве на базе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России прошла Стратегическая сессия для членов



Заседание СНК кафедры хирургии и МСХО «Лигатура»

Совета молодых ученых медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки. Валерия Хомеча была направлена на это мероприятие как представитель Северного государственного медицинского университета:

– На Стратегической сессии собрались представители молодежной науки из многих регионов России. С членами Совета поделились опытом эксперты из разных областей научного знания. Кроме этого, мы продуктивно участвовали в работе по пяти различным трекам. На этом мероприятии я познакомилась с большим количеством представителей молодежной науки и наладила контак-

ты с коллегами из Самары, Астрахани, Воронежа, Москвы и других городов, – рассказала Валерия.

Сейчас внутри Совета МНО идет активная подготовка к предстоящему X Международному молодежному медицинскому научно-образовательному форуму «Медицина будущего – Арктике». Форум состоится 27-28 апреля в СГМУ, ожидается большое количество участников из разных регионов России, а также из-за рубежа – Казахстана и Беларуси.

Желаем Валерии успехов, плодотворной работы и реализации всех планов на посту председателя Молодежного научного общества СГМУ!

НЕДЕЛЯ медицинского образования

С 3 по 7 апреля 2023 года в Москве прошла XIV Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2023», в работе которой приняли участие проректор по научно-инновационной работе Т.Н. Унгурану, проректор по учебной работе Г.Н. Кострова, проректор по цифровой трансформации и инфраструктурному развитию А.С. Халезин, начальник учебного управления М.Л. Бобкова, декан факультета подготовки кадров высшей квалификации О.А. Игнатова, декан факультета сестринского образования В.А. Плaksin.

«Неделя медицинского образования – 2023» была посвящена разработке и внедрению эффективных инструментов развития научного и профессионального потенциала здравоохранения как платформы формирования специалистов будущего. В рамках конференции рассматривались вопросы совершенствования системы подготовки медицинских кадров, персонализации в здравоохранении и медицинском образовании, формирования индивидуальной профессиональной траектории при получении непрерывного медицинского образования, а также современные методы управления информационной средой в здравоохранении.



3 апреля в Конгресс-центре Сеченовского Университета прошло общее собрание Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», на котором рассматривались вопросы совершенствования системы подготовки медицинских кадров, вовлечения студентов в исследовательские проекты, патриотического воспитания молодежи и другие.

В рамках «Недели медицинского образования» также состоялась Стратегическая сессия «Трансформация медицинского образования. Опыт университетов – участников



программы «Приоритет 2030», целью которой являлась разработка стратегии развития медицинского образования в рамках опыта вузов, принимающих участие в данной программе. С вступительным словом о влиянии программы академического стратегического лидерства «Приоритет-2030»

на трансформацию медицинского образования выступила заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации Т. В. Семёнова. По итогам сессии организаторами будет подготовлена общая дорожная карта как часть стратегического видения развития медицинского образования. 

НОВОСТИ ► Полвека на страже детского ЗДОРОВЬЯ



Зав. отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии АОДКБ А.Н. Егоров.
Фото пресс-службы министерства здравоохранения Архангельской области

1 апреля отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Архангельской областной детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова отметило 50-летний юбилей.

Анестезиологическая и реанимационная служба детской областной больницы появилась в 1973 году благодаря главному врачу АОДКБ, будущему ректору АГМА В.А. Кудрявцеву. Изначаль-

но проект больницы не предусматривал помещений под это отделение, но по решению Валерия Александровича в новом хирургическом корпусе было выделено три палаты на шесть коек для спасения жизни маленьких пациентов.

Сегодня отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Архангельской детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова – это современный технологичный центр, оснащенный

всем необходимым для оказания высококвалифицированной реанимационной помощи детям из Архангельска и Архангельской области. Возглавляет отделение врач-анестезиолог-реаниматолог Алексей Николаевич Егоров.

За год через отделение в среднем проходит до 620 детей, которым требуется экстренная медицинская помощь. С первых дней работы подразделения сюда транспортируют детей рейсами санитарной авиации и силами самих сотрудников из всех районов Поморья. Врачи отделения также обеспечивают анестезиологию при оперативных вмешательствах – порядка 3500 наркозов в год. Сейчас в отделении работают 10 врачей и 18 медицинских сестер. По словам Алексея Егорова, они создают надежную команду, работающую на переднем крае охраны здоровья детского населения Архангельской области. 

НОВОСТИ ► Инновации – в ЖИЗНЬ!

28 марта на заседании ученого совета СГМУ были представлены результаты инновационной деятельности, полученные за период января-февраля 2023 года:

→ 1. Изобретение «СПОСОБ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У ДЕТЕЙ» (Патент № 2787924, 13.01.2023), авторы: А.О. Марьяндышев, Т.И. Гурьева.

→ 2. База данных «Традиционные» параметры липидного обмена у практически здоровых лиц и пациентов синдромом зависимости от алкоголя в условиях Арктического региона РФ» (Св-во о гос.рег. базы данных № 2023620252, 17.01.2023), авторы: Н.В. Соловьева, Ф.А. Бичкаева, В.А. Соловьева, Л.П. Удовенкова, А.Г. Соловьев.

→ 3. Программа «Онлайн калькулятор для количественной оценки микробного риска» (Св-во о гос.рег. программы для ЭВМ № 2023611367, 19.01.2023), авторы: Е.В. Байдакова, Т.Н. Унгурияну, А.А. Басов, С.О. Высочанская, А.М. Затевалов.

→ 4. Изобретение «СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19» (Патент № 2789822, 10.02.2023), авторы: Н.А. Воробьева, А.И. Воробьева, А.С. Бартенева.

→ 5. Изобретение «СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ» (Патент № 2789823, 10.02.2023), авторы А.А. Абрамов, И.А. Крылов.

→ 6. Изобретение «СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗМЕЛЬЧЕННЫХ РОГОВ СЕВЕРНОГО ОЛЕНЯ В КАЧЕСТВЕ СОРБЕНТОВ» (Патент № 2790060, 14.02.2023), авторы: Е.А. Айвазова, Е.А. Журавлева, Т.А. Корельская, Д.В. Незгоров, И.А. Крылов, Л.А. Такшеева. 



День рождения В.И. Логиновой,
2022 г.

и радуюсь!»

нает, как сильно хотелось хлеба, именно хлеба! Во время войны она жила со своей сестрой у тети, которая старалась распределять выданный хлеб так, чтобы удавалось выжить. Валентина Ивановна рассказывает, что тогда мечтала съесть сразу всю порцию, рассчитанную на день, но ее сестра предложила заключить договор, который включал условие – съедать не все сразу, а по частям. «Когда объявляли воздушную тревогу, мы с сестрой съедали весь оставшийся паек с мыслью: "А вдруг пропадет?"».

В октябре 1942 года Валентина Ивановна поступила в АГМИ на специальность «Лечебное дело». Как и многие другие студенты, совмещала учебу с работой, участвовала в оборонных и хозяйственных работах для помощи фронту. Вместе с другими ребятами состояла в группах по тушению зажигательных бомб.

В 1947 году Валентина Ивановна окончила АГМИ и была направлена на работу в г. Нарьян-Мар, где ее назначили заведующей врачебной амбулаторией в п. Черное.

Однажды в Ненецком национальном округе появились больные с подозрением на сыпной тиф, и Валентину Ивановну снарядили к ним в сопровождении фельдшера и санитаря. Молодой врач посчитала правильным захватить с собой реактивы, чтобы взять пробу у заболевших. Когда приехала на место, то незамедлительно приступила к осмотру пациентов и взятию анализов для диагностики заболевания. Диагноз был подтвержден – сыпной тиф. Молодому специалисту пришлось проводить симптоматическое лечение самостоятельно на месте.

Валентине Ивановне приходилось даже подрабатывать судмедэкспертом, поскольку во всей округе она была единственным врачом. Ветеран вспоминает: «Когда меня впервые отправили на вскрытие, я очень боялась. От поселка Черное до места назначения нужно было доби-

раться на катере, и я запаслась в дорогу книгами по судмедэкспертизе, читала всю ночь. По прибытии днем провела первое в своей практике вскрытие, все заключения подробно записала в акт. Так началась моя подработка патологоанатомом».

В 1949 году она была переведена на работу в Ненецкий окружной здравотдел и назначена заведующей окружной санэпидстанцией, где проработала до 1953 года, а затем вернулась в Архангельск, где устроилась на работу в больницу им. Н.А. Семашко. Вышла замуж, родила двух дочерей.

В 1967 году Валентина Ивановна в качестве врача-эксперта-отоларинголога была переведена на работу в медсанчасть Архангельского объединенного авиаотряда, где проработала до 1983 года. Затем вернулась в Северную центральную бассейновую клиническую больницу имени Н.А. Семашко, где работала врачом-оториноларингологом в детском отделении поликлиники до 68 лет. В 1989 году Валентина Ивановна уволилась по собственному желанию в связи с выходом на пенсию. К этому времени у нее уже были внуки, которым она посвятила освободившееся время.

А под конец своего рассказа Валентина Ивановна с улыбкой заключила: «100 лет живу и радуюсь! Если бы мне предложили прожить жизнь заново, то я ничего бы не изменила!».

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛАРОВ апреля!

СТРЕЖНЕВУ Тамару Игнатьевну
ЗОТОВУ Елену Моисеевну
ХВОЙНИКОВУ Ольгу Васильевну
СЕМЕНОВУ Светлану Николаевну

Желаем всем крепкого **здоровья,**
успехов в работе, личного **счастья**
и **благополучия!**



МЕДИК

12+

Газета Северного государственного
медицинского университета

СЕВЕРА

Главный редактор: ректор Л.Н. Горбатова

Заместитель главного редактора – Р.Г. Суфтин

Редакция: А.С. Оправин, Ю.А. Сумароков, М.Л. Гарцева, В.П. Пашенко, В.П. Рехачев,
В.П. Быков, Л.А. Зубов, А.В. Андреева, А.И. Макаров, Е.Г. Щукина

Дизайн и верстка – О.Е. Чернецова

Обложка: на фото – представители патриотического клуба СГМУ студенты
Даниил Лотыш, Андрей Москаленко, Антон Шепель, Артем Соколовский
и Владимир Морев

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес: 163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, тел.: (8182) 28-57-91

Газета зарегистрирована Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций по Архангельской области и Ненецкому автономному округу.

Свидетельство ПИ № ТУ29-00571 от 27 сентября 2016 г.

Адрес редакции: 163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, каб. 2329. E-mail: pressnsmu32@yandex.ru

Электронная версия газеты на сайте www.nsmu.ru

Адрес издателя, типография: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации. 163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Тел. (8182) 20-61-90.

Заказ № 2565 тираж 1500 экз. Номер подписан в печать 25.04.2023; по графику – 15.00; фактически – 15.00