



С праздником!

Слева направо: И.М. Бойко, доцент кафедры мобилизационной подготовки, здравоохранения и медицины катастроф, к.м.н., майор медицинской службы запаса, А.А. Небученных, доцент кафедры гигиены и медицинской экологии, к.м.н., полковник медицинской службы в отставке, Ю.Е. Барачевский, зав. кафедрой мобилизационной подготовки, здравоохранения и медицины катастроф, д.м.н., доцент, полковник медицинской службы в отставке, А.С. Сарычев, профессор кафедры гигиены и медицинской экологии, д.м.н., подполковник медицинской службы в отставке

«Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф в рейтинге вуза – одна из лучших среди теоретических кафедр. Студенты с уважением отзываются о ней и по старинке называют ее «военкой». В этом есть немалая заслуга ее заведующего – доктора медицинских наук, полковника медицинской службы в отставке, доцента Ю.Е. Барачевского».



«Медицина – не самое легкое профессиональное поприще: ночные дежурства, постоянное общение с больными людьми. Но, несмотря ни на что, женщины-врачи настолько любят свое дело, что лечат, оперируют, выхаживают, ставят на ноги порой практически безнадежных пациентов, не оглядываясь на трудности. Женщинам, выбравшим медицину, настоящим профессионалам своего дела, посвящается новый цикл статей «Женщина в профессии».

**УВАЖАЕМЫЕ ВЕТЕРАНЫ,
ЧЛЕНЫ СОВЕТА СТАРЕЙШИН,
ПРОФЕССОРСКО-
ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ
И СОТРУДНИКИ УНИВЕРСИТЕТА,
СТУДЕНТЫ И АСПИРАНТЫ!
СЕРДЕЧНО ПОЗДРАВЛЯЕМ ВАС
С ДНЕМ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА!**

23 февраля — особенный праздник. В нем отзвук великих побед и исторических сражений, дань священным традициям и неисчерпаемый боевой дух российского воинства. Это праздник всех тех, кто посвятил свою жизнь благородному делу служения Отечеству.

Наша задача как образовательного,

научного учреждения — обеспечивать стабильность и дальнейшее развитие своей страны, воспитывать истинных патриотов, неравнодушных людей с активной жизненной позицией.

Сегодня День защитника Отечества олицетворяет неразрывную связь поколений, признание народом великих заслуг российского воинства.

В первую очередь хочется поблагодарить наших ветеранов и членов Совета старейшин, которые не жалеют времени и сил для передачи своего опыта новым поколениям российских медиков.

С давних времен наравне с воинами свою непростую миссию выполняли медики, спасавшие жизни защитникам на-

шей родины. Многие из наших коллег и в мирное время прошли свой боевой путь в различных «горячих точках», имеют прайвительственные награды.

Сегодня мы также поздравляем всех тех, кто верно служит общему делу, защищает и преумножает профессиональные достижения, важные не только для нашего учебного заведения, но и для страны в целом. Тех, кто стоит на страже здоровья наших граждан и профессионально выполняет работу, направленную на процветание России.

Искренне желаем всем вам и вашим близким крепкого здоровья, бодрости духа и чистого мирного неба над головой!

Ректорат, профком, совет ветеранов СГМУ

Полвека на службе Отечеству

Авторы: коллектив кафедры МПЗ и медицины катастроф СГМУ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф в рейтинге вуза — одна из лучших среди теоретических кафедр. Студенты с уважением отзываются о ней и по старинке называют ее «военкой». В этом есть немалая заслуга ее заведующего — доктора медицинских наук, полковника медицинской службы в отставке, доцента Ю.Е. Барачевского.

Родился Юрий Евлампиевич в Архангельске 29 апреля 1945 года, перенес все трудности послевоенного детства, с друзьями пел песни о море, носил тельняшку, любил управлять шлюпкой и яхтой и мечтал стать врачом.

В 1962 году, окончив среднюю школу № 19, поступил на лечебный факультет Архангельского государственного медицинского института (АГМИ). На 3 курсе заинтересовался хирургией и активно включился в работу студенческого научного кружка (СНК) под руководством доцента Н.П. Бычихина. Значительную часть свободного от учебы времени проводил в клинике общей хирургии, изучая работу хирургов и приобретая навыки ведения хирургических больных.

В школьные и студенческие годы много занимался в различных спортивных секциях (шахматы, лыжи, легкая атлетика, баскетбол, парусный спорт, настольный теннис), выступая при этом на соревнованиях различного уровня.

После окончания 4 курса был переведен на морское отделение Военно-медицинского факультета при Горьковском государственном медицинском институте (ВМФ при

ГМИ). Там же продолжал с интересом работать в СНК хирургического профиля.

В 1968 году, окончив ВМФ при ГМИ, в воинском звании лейтенанта медицинской службы был откомандирован для продолжения службы на Северный флот (п. Видяево) и назначен начальником медицинской службы подводной лодки. Сразу же был направлен в 22-ю интернатуру Северного флота для обучения по специальности «хирургия». В течение полугода практического освоения навыков хирурга на базе Первой городской клинической больницы много дежурил в клинике. Искренне благодарен за полезные советы и практическую помощь в этот период своим учителям — доцентам В.П. Рехачеву и В.П. Веселову, заведующему отделением В.Е. Воронцову, а также хирургам городской больницы г. Мурманска, где по личной инициативе совершенствовался после интернатуры, В.Г. Супруненко и Г.Я. Тарбаеву.

Приобретенные им в двух вузах и клиниках Архангельска и Мурманска хирургические навыки были с успехом применены при проведении ряда хирургических вмешательств, реанимационных и травматологических пособий в экстремальных условиях автономных подводных плаваний в мировом океане. Все прооперированные им больные благополучно выздоровели и были благодарны своему спасителю.

Юрий Евлампиевич имеет несколько знаков отличия «За дальний поход», его подводный корабль нес боевое дежурство вдали от Родины и с «визитами вежливости» посещал порты зарубежных стран. Однажды в районе Северного полюса ему в водолазном костюме пришлось эвакуироваться из подводной лодки через торпедный аппарат.



В 1972 году в воинском звании капитана медицинской службы был назначен старшим преподавателем 22-й интернатуры, а в 1973 году переведен на военно-морскую кафедру АГМИ, на которой проходила его дальнейшая воинская служба вплоть до увольнения в запас Вооруженных Сил РФ в 1995 году в воинском звании полковника медслужбы.

В период работы в АГМИ-АГМА Юрий Евлампиевич длительное время возглавлял институтский ДОСААФ, неоднократно избирался руководителем партийной организации кафедры и в другие общественные организации. В эти годы увлекся научно-исследовательской работой, итогом которой стала успешная защита в 1990 году во 2-м Московском государственном медицинском институте им. Н.И. Пирогова кандидатской диссертации и последующее присвоение в 1992 году ученого звания доцента.

С 1995 по 2008 год работал в департаменте здравоохранения Архангельской области, организуя и совершенствуя деятельность

персонала здравоохранения области по вопросам медицины катастроф и мобилизации отрасли. На начальном этапе этого периода была разработана концепция развития и совершенствования областной службы медицины катастроф, открыт областной центр медицины катастроф, подготовлено задание учреждениям здравоохранения по реагированию на прогнозируемые чрезвычайные ситуации техногенного, природного и социального характера. В 2007 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

С октября 2008 года Юрий Евлампиевич вновь вернулся к научно-педагогической деятельности, работая сначала в должности

главного научного сотрудника ЦНИЛ СГМУ и доцента кафедры биомедицинской химии и токсикологии, а с августа 2009 года – заведующим вновь созданной кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф.

Его научные интересы – безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицина катастроф), безопасность учреждений здравоохранения, токсикология, радиобиология, общественное здоровье и здравоохранение, экология человека, мобилизационная подготовка здравоохранения.

По этим направлениям деятельности им было опубликовано более 200 научных работ, в том числе ряд учебных и учебно-ме-

тодических пособий, монографии, около 50 статей в журналах ВАК РФ.

Юрий Евлампиевич Барачевский является членом диссертационного совета и ученого совета Института гигиены и экологии СГМУ, проблемной комиссии по безопасности в ЧС, членом методического совета по фармацевтическому образованию и комиссии по мобилизационной работе СГМУ.

Ю.Е. Барачевский награжден 14 медалями, двумя ведомственными почетными знаками, грамотами губернатора Архангельской области, директора департамента здравоохранения области и ряда общественных организаций. 

ДОРОГИЕ ЖЕНЩИНЫ! РЕКТОРАТ И МУЖСКАЯ ПОЛОВИНА КОЛЛЕКТИВА СГМУ СЕРДЕЧНО ПОЗДРАВЛЯЮТ ВАС С МЕЖДУНАРОДНЫМ ЖЕНСКИМ ДНЕМ!

Мы ждем этот праздник, чтобы еще раз сказать о вашей красоте, уме, обаянии, энергии и вкладе в бесконечный процесс развития университета. И самое главное – чтобы признаться вам в своем искреннем уважении.

Наши красивые и талантливые преподавательницы, сотрудницы, студентки,

аспирантки – истинное богатство вуза, его гордость и надежда. Мы высоко ценим ваш творческий потенциал и активное участие во всех сферах деятельности СГМУ – науке, образовании, практическом здравоохранении.

Труд преподавателя в медицинском университете – сложное, чрезвычайно ответственное дело. Вы готовите специалистов, в чьих руках будет находиться здоровье человека, а нередко, и его жизнь.

По данным ВОЗ, 80 % медицинских работников в мире – женщины, поэтому 8 Марта мы по праву можем назвать вторым профес-

сиональным праздником. На вас, работников медицины, возложена огромная ответственность, вы ежедневно честно и профессионально выполняете тяжелую, но столь нужную работу, ставшую делом вашей жизни.

Благодаря вашей квалификации, гражданской ответственности, сохраняются замечательные традиции и поддерживается высокий авторитет Архангельского здравоохранения.

От всей души позвольте пожелать вам крепкого здоровья, счастья, семейного благополучия, новых творческих достижений и успехов.

Медицина – не самое легкое профессиональное поприще: ночные дежурства, постоянное общение с больными людьми. Работать нужно много и трудно, практически бескорыстно. Но, несмотря ни на что, женщины–врачи настолько любят свое дело, что лечат, оперируют, выхаживают, ставят на ноги порой практически безнадежных пациентов, не оглядываясь на трудности. Что и говорить, медицина не для тех, кто ищет легкой жизни. И не важно, по большому счету, мужская или женская специализация хирурга, анестезиолога–реаниматолога, травматолога–ортопеда. Главное – при выборе дела всей своей жизни не ошибиться, тогда труд принесет радость. Женщинам, выбравшим медицину, настоящим профессионалам своего дела, посвящается новый цикл статей «Женщина в профессии».

Быть детским инфекционистом – это особая миссия

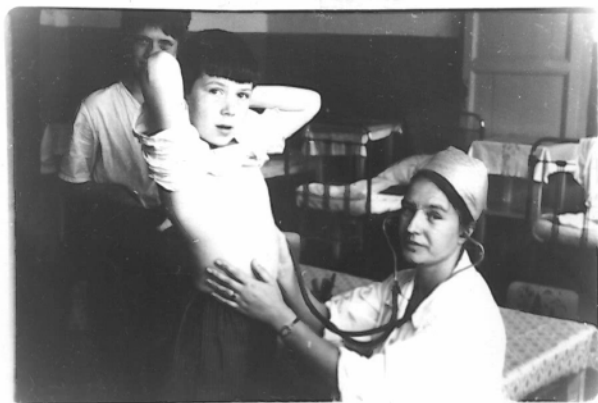
(А.В. Титова, профессор кафедры инфекционных болезней, почетный доктор СГМУ)

Материал подготовила Марина Максимова

В 10 классе я решила стать врачом и обязательно педиатром. До этого времени я была уверена в том, что буду учителем. К выпускному наша классная руководительница написала нам пожелания, напутствия, кем в будущем она видит каждого из нас.

Меня она представляла врачом. Моя двоюродная сестра в то время уже заканчивала педиатрический факультет Московского медицинского института. Когда я поехала к ней на зимние каникулы в гости, она решила сводить меня на экскурсию в «анатомку».

На удивление меня это не шокировало. Хотя мой отец, поступив в 1933 году в АГМИ, проучился всего лишь один семестр из-за того, что не смог ходить на занятия по нормальной анатомии. Когда вышел фильм с участием Элины Быстрицкой и Сергея Бондарчука



Л.В. Титова осматривает пациента в детском отделении Кузинской больницы (Вологодская область), 1966 г.



«Неоконченная повесть», показывавший жертвенный и нелегкий труд участкового врача, он произвел на меня неизгладимое впечатление. После окончания школы я осознанно подала документы в Архангельский государственный медицинский институт. Решила, что буду учиться в Архангельске, так как моя мама родом отсюда. Архангельск меня в то время привлекал своей красотой: белые ночи, военные корабли, Северная Двина...

К сожалению, получилось все не сразу. На вступительных экзаменах в АГМИ у меня не хватило баллов. Тогда я решила, чтобы не терять времени, поступить в медицинское училище. Закончив его с отличием, хотела без экзаменов перевестись в институт. Но на тот момент вышло новое постановление о том, что для поступления в медицинский вуз необходимо сдавать профилирующий экзамен (биологию). В училище этот предмет не преподавали. За лето подготовилась, но «отлично» не получила, и пришлось сдавать все остальные экзамены на общих основаниях. Меня приняли в АГМИ только кандидатом. Весь первый курс старалась хорошо учиться, и на втором курсе после зимней сессии меня официально зачислили в институт. В тот момент я была самым счастливым человеком! После того как я, закончила с отличием лечебный факультет, меня распределили в Вологодскую область, Великоустюгский район, рабочий поселок Кузино, педиатром. Нагрузка большая: стационар на 30 коек, амбулаторный прием, ясли, садики, вызова плюс противотуберкулезный детский санаторий (на время отсутствия главврача). В первое время работать было очень сложно. Особенно, когда главный врач ушла в отпуск, и я осталась одна. Спасло положение лишь то, что со мной рядом была замечательная женщина-фельдшер, которая мне помогала. Работая в стационаре, можно уйти в кабинет, собраться с мыслями, почитать литературу, а на приеме такой возможности нет, нужно сразу принимать решение и назначать лечение. Я всем выпускникам советую после окончания вуза уезжать туда, где за твоей

спиной никого нет: ассистентов, врачей, преподавателей. Самостоятельно начинать работать трудно, но полезно.

Помню своего первого пациента – очень сложный клинический случай. Малышу 9 месяцев, я ему поставила диагноз – плеврит. Маме его предложила отправить ребенка в районную больницу, так как мне сложно его здесь лечить. Она отказалась, так как у нее дома еще дети. Я несколько дней находилась рядом с этим моим первым пациентом. Когда он пошел на поправку, я была счастлива. После этого случая плакала и впервые в жизни задумалась, зачем решила стать врачом. Тогда я размышляла, что если бы была учителем, то на мне не лежала бы такая ответственность, никто бы не умирал. Это был единственный раз, когда я усомнилась в правильности выбора, став врачом. Потом я приехала работать в Архангельск, и спустя какое-то время мама этого мальчика отправила мне его фотографию. Она у меня до сих пор хранится. В моей практике, к сожалению, были и неблагоприятные исходы, но я делала все, что было в моих силах.

В Архангельске предложили учиться в ординатуре, но с условием, что год отработаю врачом в амбулатории в порту на левом берегу. Зав. курсом детских инфекций доцент В.Н. Королева предложила мне после ординатуры специализироваться на детских инфекционных болезнях. Именно она – прекрасный человек и врач, первый председатель Общества детских инфекционистов Архангельска – привила мне любовь к выбранной специализации. В 1972 году открылась Архангельская детская областная клиническая больница, главным врачом которой стал В.А. Кудрявцев, он и пригласил меня занять должность заведующей детским кишечным отделением. Я проработала там семь лет, сначала – заведующей отделением, затем – вела прием в поликлинике. В АГМИ открылся педиатрический факультет, и Валерий Александрович стал его первым деканом. Он предложил мне работать на кафедре педиатрии. Я сопротивлялась, так как была клиницистом, а не педагогом. В сентябре 1979 года стала совмещать дея-

тельность врача и ассистента. В 1987 году защитила кандидатскую диссертацию. На базе кафедры педиатрии АГМИ стали создаваться кафедры более узких направлений. В 1993 году открылась кафедра детских инфекционных болезней, и я стала ее заведующей (до 2007 года). В 1999 году защитила докторскую диссертацию.

Быть детским инфекционистом – это особая миссия. Когда начинала работать, было много тяжелых инфекций – кишечная коли-инфекция (сейчас на ее место пришли ротавирусы). Дети погибали от обезвоживания, если поздно поступали на лечение. Потом начался внутрибольничный сальмонеллез, вспышка дифтерии.

В 1972 году в Архангельске появилась холера. Первой заболевшей оказалась женщина, которая никуда не выезжала, ей были присланы фрукты с юга, зараженные холерным вибрионом. Исход был летальный. В городе открыли холерный госпиталь, для работы в котором собрали врачей и медсестер. Моя мама, отпуская меня в госпиталь, плакала, а папа сказал: «Она сама выбрала такую специальность. А если война? Она в первых рядах пойдет». Вначале мы все ходили в противочумных костюмах: сапоги, повязки. Потом приехал профессор из Москвы и сказал, что холера – это обычная кишечная инфекция, должны предохраняться от нее только те, кто работает напрямую с биоматериалом (выделения больного). Примерно через две недели нам разрешили выйти на улицу. До этого мы ни с кем не общались, наше здание было оцеплено. Мы проработали в холерном госпитале месяц. После этого в Архангельске не было ни одного случая гибели людей от холеры.

Еще один пример. Раньше в Архангельский порт часто приходили иностранные суда. Однажды на борту одного из судов, стоявшего на рейде, оказался больной с подозрением на натуральную оспу. Один из наших специалистов выехал туда на осмотр, а мы в это время срочно освобождали инфекционный корпус от пациентов. На ночь оставили дежурного врача, а утром шли на работу и не знали, к чему нам готовиться. Как оказалось, у пациента был карбункул.

Всегда учу молодых врачей: не думайте, что вы знаете все, больше сомневайтесь и на первое место ставьте жизнь и здоровье пациента.

Педиатр – это замечательная специальность. Например, поступил в отделение инфекции тяжелый ребенок, но когда он идет на поправку и начинает улыбаться – то это счастье для врача. Врач-педиатр заряжается от своих маленьких пациентов хорошим настроением и улыбками.

В первую очередь желаю всем женщинам-коллегам здоровья, благополучия в семье и хороших взаимоотношений. Когда у нас дома все хорошо, то и работать легче. Спокойствия всем вам и личного счастья.



Профессия, без которой я не могу дышать

(М.Ю. Яницкая, доцент кафедры детской хирургии СГМУ, главный внештатный детский хирург Минздрава Архангельской области, хирург АОДКБ)

Материал подготовила Екатерина Неманова

Я чувствую себя счастливым человеком, потому что специальность, которую выбрала, явилась моим истинным призванием. В 1980 году поступила в Архангельский государственный медицинский институт на педиатрический факультет, перед этим поработав санитаркой в операционной в военном госпитале в Северодвинске. Сразу же пошла в студенческий научный кружок по хирургии. Была старостой кружка и старостой хирургической группы. Эта группа была единственной в истории существования факультета, где все студенты сдали экзамен по хирургии на «отлично». Учитель у нас был замечательный – детский хирург от Бога – Валерий Александрович Кудрявцев, который, несомненно, повлиял на мое дальнейшее профессиональное становление.

Хирургия детского возраста, в отличие от общей хирургии (которая в основном связана с приобретенными заболеваниями), имеет дело с врожденными пороками развития. Коррекция врожденного порока, то есть исправление того, чего недодала природа, требует не только врачебного искусства, но и обширных знаний в области современных технологий выполнения оперативных вмешательств. Однако, учитывая, что детские хирурги работают с пациентами от 0 до 18 лет, наша специальность охватывает и значительную часть болезней, которые встречаются у взрослых пациентов. Стоит помнить, что ребёнок – это не взрослый в миниатюре! Отличие организма взрослого человека и ребёнка в том, что ткани и органы взрослого уже завершили своё развитие, а у детей они

находятся в состоянии созревания и роста. К тому же в детской хирургии есть пациенты, с которыми не сталкивается общий хирург, – дети с врожденными пороками развития. Диагноз ставится еще до рождения ребенка в ходе обычных дородовых скринингов. Такие дети часто нуждаются в экстренном хирургическом лечении уже в первые часы и дни после рождения (атрезия пищевода, непроходимость кишечника, отсутствие анального отверстия и т.д.).

У крошечных пациентов есть серьёзные анатомические и физиологические особенности, понимание которых в большой степени определяет успех хирургического лечения. И конечно, кроме широкого спектра патологии, технология выхаживания абсолютно специфичная. В случаях, когда новорожденному ребенку для коррекции врожденной патологии требуется операция, его организму приходится бороться не только с операционной травмой, но еще и неустанно адаптироваться к этому миру.

**На детском хирурге
лежит огромная
ответственность. Любое
наше вмешательство (удачное
или неудачное) скажется на
всей дальнейшей жизни
человека.**

Мы стараемся использовать современные и малоинвазивные методы хирургического

лечения, оставлять как можно меньше послеоперационных рубцов, применять косметические приемы (внутрикожный шов, анатомичные разрезы). Детские хирурги, пройдя определенную специализацию, могут успешно работать и со взрослыми пациентами. В этом плане они более универсальны как специалисты. Детский хирург оперирует как подростков (практически не отличаются от взрослого человека), так и новорожденных, в том числе недоношенных детей. Нас не пугают маленькие размеры пациента. Мне как-то пришлось в один день оперировать пятидесятикилограммового подростка с огнестрельным ранением и пятисотграммового младенца с перитонитом. Во взрослой хирургии больше экстренных случаев и больше операций. Для нас же важно скорее не сделать операцию, если есть возможность провести консервативное лечение. Это очень тонкая грань: оперировать или не оперировать? Любое необоснованное оперативное вмешательство может отразиться на судьбе ребенка. Бывает крайне сложно различить: функциональное это нарушение или есть показания к оперативному вмешательству. С ребенком нужно довольно долго находиться, наблюдать за ним. Напрасная операция или сделанная на всякий случай всегда дает больше осложнений. Любимая фраза моего учителя профессора Валерия Александровича Кудрявцева: «Самая лучшая операция – та, которой не было». Если все же приходится применять оперативное лечение, оно должно быть особенным, очень щадящим, минимальным.

Будущее детской хирургии связано прежде всего с малоинвазивным лечением. Мне повезло, что в свое время я освоила ультразвуковую диагностику, которая играет существенную роль при выполнении малоинвазивного хирургического лечения, позволяет диагностировать хирургическое заболевание у глубоко недоношенного ребенка, не вынимая его из кувеза. Смотрю в основном только свою хирургическую патологию. Владение методом УЗИ позволяет быстрее и точнее поставить диагноз.

То, чему хочется научить студентов и молодых врачей, – клиническому мышлению и качественной диагностике. Правильно поставленный диагноз – 90 % успеха в лечении. Возникает очень много проблем, когда диагноз ставится неверно или поздно. Наш учитель был практиком и прекрасным диа-



М.Ю. Яницкая на практическом занятии со студентами педиатрического факультета

гностом, всегда действовал быстро, стремительно. Профессор В.А. Кудрявцев жил в другое время, когда не было таких широких возможностей для исследования и приходилось при постановке диагноза надеяться на себя, свой опыт, ум и врачебное чутье. Он был из тех профессоров, которые сами через многое прошли и никогда не скрывали свои ошибки. Все лекции В.А. Кудрявцева были пронизаны примерами из жизни. Он понимал, что, анализируя подчас трагические ошибки, хирург учится. Я стараюсь продолжать и развивать все те идеи, которые когда-то были высказаны моим учителем.

На сегодняшний день работа хирурга и врача вообще становится абсолютно бессмысленной без анализа собственной деятельности. Работая на кафедре, занимаясь научными исследованиями, мы анализируем не только свою работу, но и всего хирургического отделения Архангельской областной детской клинической больницы (АОДКБ) в рамках той или иной проблемы. Сравниваем наши результаты лечения с показателями ведущих клиник: если мы соответствуем параметрам, у нас мало осложнений – методику можно оставлять, высокий процент осложнений – подходы надо менять. Для освоения новых методик врачи повышают свою квалификацию. Мы также приглашаем к нам известных специалистов в области детской хирургии. В этом плане АОДКБ динамично развивается, поднимая престиж клиники.

Когда ты достиг чего-то в хирургии, уже давно делаешь полостные операции, хочется большего. Именно поэтому, будучи зрелым врачом, я начала более углубленно изучать языки (английский и немецкий), читать зарубежные статьи по медицине. Затем прошла в общей сложности три специализации за границей, посещала международные конгрессы. Находясь на специализации в Германии и общаясь с немецкими хирургами, я рассказывала, как делаются те или иные операции у нас. Они говорили: «Мы тоже так делали... лет тридцать назад». Стало понятно, что не надо проходить путь в 30 – 40 лет, можно взять готовое, тем более что зарубежные специалисты с удовольствием делятся своими наработками. Так, между АОДКБ и университетскими клиниками в Майнце (Германия), Марселе (Франция), Тромсё (Норвегия)

детского хирургического отделения университетской клиники в Марселе, экс-президент Французского и Европейского обществ детских хирургов профессор Жан Мишель Гиз. В рамках его мастер-класса по детской колопроктологии, который был проведен на базе АОДКБ совместно с кафедрой детской хирургии СГМУ, были выполнены уникальные оперативные вмешательства. Такие проекты всегда являются ключевыми, так как радикально меняют устаревшие методы лечения. Благодаря такому сотрудничеству судьбы многих детей изменятся в лучшую сторону.

Еще одно правило – нельзя останавливаться на достигнутом. Через три – четыре года технологии, которыми ты овладел, устаревают. Необходимо постоянно отслеживать новое в медицине, просматривать отечественную и иностранную литературу по своей специальности, углублять свои знания и расширять свои компетенции. Все клиники, где есть кафедры, должны не только проводить курсы усовершенствования врачей, но и анализировать результаты лечения, а также своевременно внедрять новые технологии и разрабатывать собственные. Сотрудники кафедр, в связи со спецификой своей работы, просто обязаны читать, развиваться, заниматься наукой, обновлять учебные лекции, обмениваться опытом с ведущими специалистами. Сегодня успех хирургии зависит не только от оперативной техники, но и от современных подходов в диагностике и лечении.

Все отрасли детской хирургии, конечно, охватить невозможно. Я углубленно занимаюсь хирургическими проблемами новорожденных и недоношенных детей, малоинвазивными хирургическими вмешательствами под ультразвуковым контролем, а также обширным разделом детской колопроктологии. Специфика данного направления хирургии заключается в том, что пациенты после коррекции колопроктологических пороков развития должны проходить длительные курсы реабилитации, без которых хирургическое вмешательство становится бессмысленным. Необходимо кропотливо отслеживать дальнейшую судьбу этих детей. У всех родителей моих маленьких пациентов с колопроктологическим заболеванием есть мой номер телефона, так как, если возникают какие-то проблемы, их нельзя решать неграмотно, иначе

морфологическим подтверждением, приведением диагностического алгоритма к мировому стандарту. С 11 по 15 февраля 2016 года в Москве состоялся XIX Конгресс педиатров России, где в рамках IX Международного форума детских хирургов я представила доклад «Диагностические алгоритмы при агангиозе толстой кишки у детей» по данным анализа современной литературы и результатам наших исследований.

Детские хирурги, мне кажется, более позитивные люди, так как наши маленькие пациенты всегда настроены на жизнь, они позволяют нам видеть настоящие чудеса.

Хочется привести один пример. Мне пришлось оперировать недоношенного малыша с огромной опухолью, по весу равной половине веса ребенка. Мы хотели отправить его на операцию в Москву, но опухоль стала стремительно расти и некротизироваться по периферии. Нужна была экстренная операция, которая была чревата непредсказуемыми осложнениями. Операция длилась семь часов. Опухоль была настолько большая, что ассистенту пришлось держать ее на весу, чтобы она не мешала недоношенному ребенку дышать. Случилось чудо – этот малыш перенес сложнейшее хирургическое вмешательство, выжил и был выписан домой. Сейчас ему четыре года, он хорошо развивается, у него небольшой и аккуратный послеоперационный рубец и нет функциональных нарушений. Такие чудесные случаи – это всегда награда для нас, хирургов.

Был и такой клинический случай. Ребенок с гастрошизисом, кишечной атрезией, сепсисом. Мы с его мамой практически не отходили от него. Казалось, что ребенок не выживет... Но он перенес три операции. Эта история уже стала забываться. Поступали новые пациенты, я их лечила, выписывала. Прошло четыре года. И вот однажды этот мой давний сложный пациент пришел навестить меня вместе со своей мамой. Я считаю, это чудесный подарок судьбы, когда ты через много лет узнаешь в гармонично развитых, здоровых детях своих, казалось бы, безнадежных больных. Важны не цветы и вечная благодарность, а вот такие моменты – ты наглядно видишь результаты своей работы.

Отрадно узнавать, что твои бывшие пациенты, вырастая, идут по твоим стопам – хотя бы быть педиатрами, поступают в СГМУ.

В канун праздника 8 Марта хочется пожелать всем женщинам, посвятившим себя медицине, всегда оставаться привлекательными, женственными, желанными, любимыми и любящими. Мой добрый совет: не забывать о главном своем предназначении – семье и детях. Если вы чувствуете, что дышать без хирургии не можете, лишь в том случае, выбирайте ее, как свой профессиональный путь. 

Мы осваиваем современные технологии в детской хирургии не методом проб и ошибок, а под руководством опытных специалистов. В нашей клинике уже стало стандартом – плавное вхождение в новую методику, что ведет к наименьшему числу осложнений у детей.

сложились тесные дружеские взаимоотношения. Иностранцы коллеги охотно откликаются на приглашения приехать и провести мастер-класс для наших врачей. Профессор Ф. Шир был в Архангельске трижды.

Недавно к нам приезжал руководитель

можно перечеркнуть все усилия хирурга. Таких пациентов должен вести специалист, который их оперировал.

На данный момент мои научные изыскания связаны с проблемой болезни Гиршпрунга у детей, ее диагностикой,

Биоэтические Проблемы Перинатологии



Автор: д.м.н., профессор,
зав. кафедрой неонатологии и
перинатологии СГМУ Г.Н. Чумакова.

25 января в СГМУ состоялась уже шестнадцатая по счету ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная иконе Божией Матери «Млекопитательница». Ее основной темой стала «Трёхуровневая перинатальная помощь новорожденным». Один из самых интересных докладов, прозвучавших на конференции, мы публикуем на страницах газеты.

Медицинская биоэтика изучает нравственную сторону деятельности человека в медицине. Профессиональная врачебная практика свидетельствует о том, что медицинский работник ежедневно решает не только клинические задачи, но и сталкивается с морально-этическими проблемами. Одна из главных медицинских и этических проблем – отношение к жизни и смерти.

Говоря о состоянии смерти, приходится констатировать существование некоего промежуточного периода, «предсмертия». Борис Григорьевич Юдин, известный отечественный биоэтик, писал: «...период между состоянием «определенно жив» и «определенно мертв» – «зона неопределенности». В этой ситуации врачи принимают окончательное решение о продлении жизни или констатации биологической смерти пациента. Любой клиницист из опыта знает о сложности принятия решения в «зоне неопределенности».

Эту «зону неопределенности» наглядно показал Алексей Николаевич Толстой в

сказке «Золотой ключик, или Приключения Буратино», описав консилиум у постели больного Буратино.

Сова приложила ухо к груди Буратино.

— Пациент скорее мертв, чем жив, — прошептала она и отвернула голову назад на сто восемьдесят градусов.

Жаба долго мяла влажной лапой Буратино. Раздумывая, глядела выпученными глазами сразу в разные стороны. Прошлепала большим ртом:

— Пациент скорее жив, чем мертв...

Народный лекарь Богомол сухими, как травинки, руками начал дотрагиваться до Буратино.

— Одно из двух, — прошелестел он, — или пациент жив, или он умер. Если он жив — он останется жив или он не останется жив. Если он мертв — его можно оживить или нельзя оживить.

В случае с новорожденным смерть констатируется несколько иначе: когда ребенок рождается, то в родильном зале оцениваются четко сформулированные приказом признаки живорождения: самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, спонтанное движение мускулатуры (Приказ Минздрава России №1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи»). При наличии хотя бы одного признака пациент считается живым, и ему оказывается реанимационная помощь. Если нет ни одного признака живорождения, то пациент однозначно мертв, и помощь ему не оказывается. В зоне принятия решений, то есть в «зоне неопределенности», существуют две равно неверные стратегии: либо бесконечно реанимировать уже умершего человека, либо умерщвлять еще живого. При этом бесконечное реанимирование этически и морально недопустимо, что изложено в основах социальной концепции Русской Православной Церкви: «Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, непостыдную и мирную кончину». Когда у ребенка нет внутренних резервов, когда он родился мертворожденным, а его по каким-то стечениям обстоятельств

стали реанимировать, продление жизни таким детям – неправильная тактика ведения пациента.

Причиной летальных исходов среди младенцев чаще всего являются **врожденные пороки развития (ВПР)**. Они устойчиво занимают **третье место** в структуре перинатальной смертности.

В 2015 году 54 % беременностей с врожденными пороками развития плода прерваны, но 64 беременности закончились родами, дети родились живыми. При диагностике врожденного порока развития плода женщина направляется на перинатальный консилиум, который был создан в Архангельской области весной 2012 года. Целью консилиума принято считать снижение смертности и инвалидизации, но все-таки основная задача перинатального консилиума – это забота о ребенке. Консилиум призван определить тактику вынашивания беременности, оптимальный способ родоразрешения, план маршрутизации плода и новорожденного, а не решать вопрос о прерывании беременности. Этот вопрос решает семья.

В Приказе Минздрава России № 572 указано: «Консилиум представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ВПР у плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности».

Крайне важно понять, что мы – **врачи должны делегировать право семье – женщине и ее ближайшему окружению решать: будет ли вынашиваться беременность при наличии врожденных пороков развития или нет.**



Мне часто приходится слышать о том, что врачи виноваты, они настояли, они изверги и убийцы. Это неправда, потому что врачи только рассказывают о пороках развития, какие могут быть исходы, как будет проводиться лечение, а беременная в кругу семьи обсуждает этот вопрос и сообщает свой вердикт перинатальному консилиуму. В приказе 572н также сказано, что если имеются пороки с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка, то мать информируют о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям на любом сроке.

Для нас важен срок 22 недели беременности, так как именно этот рубеж является критерием жизнеспособности. Если пошла 23 неделя, значит, ребенок жизнеспособен и, прерывая беременность, предстоит его умертвить. Возможна стимуляция преждевременных родов и затем неоказание помощи ребенку, который может родиться и живорожденным (применение пассивной эвтаназии) или ребенку вводятся вещества для остановки сердца (активная эвтаназия). Медицинские работники действуют согласно инструкции, но судьбу ребенка решают родители. Закон запрещает проведение эвтаназии. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» эвтаназии посвящены статьи 45 и 71. Статья № 45 накладывает запрет на эвтаназию: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». В статье № 71 указано, что лица, завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования, дают клятву врача, где обещают «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии». Статья №45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» говорит о том, что запрещается осуществление как активной, так и пассивной эвтаназии, и более того, врачи клянутся в том, что никогда не будут прибегать к ее осуществлению.

Мы провели опрос среди студентов (80 человек, которые обучаются на первом курсе, они не были в клинике и не знакомы с работой в медицинской учреждении), и практикующих врачей (со стажем работы от 5 до 20 лет). На вопрос: «Гуманна ли эвтаназия?» – треть врачей ответили: «Да»; на вопрос: «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» – опять же треть врачей сказали: «Да»; на вопрос: «Как Вы считаете, следует ли допустить эвтаназию в России?» – более 40 % сказали: «Да, следует». Однако на вопрос: «Стоит ли считать эвтаназию спасением для больного?» – всего 7 % врачей сказали: «Да». Мы видим, что даже среди

врачей, которые дают клятву «никогда не прибегать к эвтаназии», отношение к ней весьма неоднозначно. И на вопрос о том, если бы близкий Вам человек был неизлечимо болен, сильно страдал и просил помочь ему умереть, приняли бы Вы решение об эвтаназии, – 19 % врачей сказали: «Да».

В целом проблема эвтаназии крайне сложна. Когда я разговаривала с докторами и просила их аргументировать свои ответы, то услышала следующее: «Ну, Галина Николаевна, съездили бы Вы к нам в деревню, посмотрели, как умирают наши старики. Пенсионеров в терминальном состоянии в больницы не берут, обезболивающих нет. Смотреть на их страдания тяжело». Да, в таких случаях перед врачом встает нравственный выбор, индивидуальный для каждого. Помочь пациенту умереть или бороться за то, чтобы был адекватный уход за этими стариками, возможность анестезии, когда это необходимо. Отвечая на вопрос, почему врачи готовы преступить закон и оправдать эвтаназию, главный врач Первого Московского хосписа Вера Васильевна Миллионщикова писала: «Безнадежные больные неинтересны врачам. Врачи настроены на победу. По их представлениям лечить человека стоит только ради выздоровления». Действительно, с этой точки зрения, если у плода будут ограничены постнатальные жизненные возможности, если у него нет кисти, например, диагностированы омфалоцеле или атрезия пищевода, то зачем его мучить после рождения, проводя множество операций, лучше бы ему и не родиться вовсе.

Возвращаясь к проведенному опросу, хотелось бы отметить, что студентов, которые выступают за эвтаназию, в два раза больше, чем практикующих врачей. Почему студенты готовы оправдать эвтаназию? Мы воспитали поколение, которое выросло в созданном нами обществе потребления, где главное — потреблять товары, продукты и услуги, где всякое страдание бессмысленно. Человек, не имеющий возможности полноценно потреблять наличествующее изобилие, лишается интереса жить. Как родители смогут взять от жизни все, если ухаживая за

Как же мы можем проявить милосердие к жизнеспособному плоду с врожденными пороками развития? Клинический случай: женщина 28 лет, пятая беременность (1, 2, 3 – медицинские аборт, 4 – замершая). С настоящей беременностью встала на учет в 8 недель. Первый скрининг пропущен, в 18 недель выявлена патология плода – омфалоцеле. В МГК дано направление на пренатальный консилиум. Мама, учитывая, что ребенок очень желанный, решила вынашивать беременность. На консилиуме ей объяснили, где и как пройдет родоразрешение. С женщиной побеседовал врач-хирург, который в дальнейшем проводил лечение. Ребенок после рождения был переведен в хирургическое отделение, где существует бригада неонатальных хирургов. Девочке в течение нескольких месяцев предстояло находиться в детской больнице, на выхаживании, затем от 6 месяцев до 2 лет – на инвалидности, потому что сформировалась вентральная грыжа с выпадением органов в грыжевой мешок. Сейчас детский хирург наблюдает девочку, которая прошла весь этот путь длиной в восемь лет. От остальных детей ее отличает небольшой дефект – рубец на теле, который в настоящее время лечится и со временем станет минимальным, то есть при изолированном пороке омфалоцеле вполне возможно вернуть здоровье ребенку, хотя, действительно, это потребует от семьи пройти через многие испытания. Матери пришлось находиться с ребенком в больнице несколько месяцев, и потом до 2 лет ухаживать за ребенком-инвалидом.

Второй пример. Женщина, 22 года, первая беременность, на 22 неделе выявили серьезный порок развития (спинно-мозговая грыжа), являющийся медицинским показанием к прерыванию беременности. Так как женщина пришла на консилиум на 22 неделе, ей было объяснено, что ребенок уже жизнеспособный, и, если он родится живорожденным, ему не будет оказываться помощь, и это будет приравнено к эвтаназии. Мама отказалась от прерывания беременности. Ребенок родился доношенный, с хорошей массой тела, в проекции поясничного

В конце XX века мы приняли мораторий на смертную казнь, мы шадим серийных убийц, педофилов, бандитов, мы не убиваем людей, мы ценим человеческую жизнь, но почему-то не очень ценим право на жизнь детей, которым предстоит родиться с пороками развития.

больным ребенком, будут ограничены в потреблении удовольствий?

Альтернатива эвтаназии – это милосердие, проявление человеческого в человеке. Владимир Иванович Даль дает определение «милосердию» как готовности делать добро всякому, любви на деле. Россия – милосердная страна.

отдела позвоночного столба пальпировался дефект остистых отростков, определялось расширение спинно-мозгового канала до 6 мм, дефект покрыт кожей. Новорожденный был осмотрен нейрохирургом, показаний для экстренной операции не оказалось. Был прооперирован в возрасте 8 месяцев, состояние после операции удовлетворительное,

нарушений функций внутренних органов и движений в конечностях нет.

Опираясь на приведенные примеры, можно констатировать, что существуют два пути развития неонатальной хирургии. С одной стороны, хирурги могут лечить только постнатальные хирургические заболевания, а все внутриутробные пороки будут элиминироваться. В этом случае принятие смерти как вида медицинского лечения может оказаться мощным препятствием на пути медицинского прогресса. Хирурги разучатся лечить омфалоцеле, гастрошизис, атрезию пищевода и т.д. С другой стороны, можно развивать неонатальную хирургическую помощь. Если она будет своевременной и на высоком уровне оказываться детям с сохранным интеллектом, страдающим изолированными пороками развития, – это станет проявлением милосердия. Нельзя забывать о развитии фетальной хирургии, одного из высокотехнологичных разделов перинатальной охраны плода, который подразумевает проведение оперативных вмешательств еще до рождения ребенка.

Дефект ушивается, а ребенок все так же находится в околоплодных водах, легкие не работают. Осложнения, конечно, могут быть, как при любом оперативном вмешательстве. Описан случай удачной операции спинно-мозговой грыжи у плода на 21 неделе внутриутробного развития, ребенок родился в срок без серьезных осложнений. Существует международное общество фетальных урологов, специалистов, которые внутриутробно оперируют пороки мочевой системы плода. Имеется масса сообщений о декомпрессии желудочковой системы мозга при формирующейся гидроцефалии. По всему миру создаются центры фетальной хирургии. У нас в России их семь. Медицинская помощь плоду, когда внутриутробно оперируются дети с сохраненной нервной системой, – это действительно милосердие на деле.

Мы подошли к главному, что определяет перинатальный исход, – это атмосфера любви, созданная вокруг ребенка. Если ребенка не любят родители, медицинский персонал, если в отделениях атмосфера равнодушия,

безразличия, то это станет реальной пропастью между здоровьем и болезнью, через которую не переправиться ребенку даже с помощью самых передовых технологий, самого лучшего финансирования. Окружение ребенка любовью – это не изобретение американцев. Об этом много говорил известный русский педиатр доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии ФПК и ПП СПбПМУ Игорь Михайлович Воронцов. В 2006 году он был в Архангельске и выступал в большом зале областной клинической больницы с докладом «Эссенциальные факторы формирования здоровья детей». Профессор подчеркивал, что главное для формирования здоровья подрастающего поколения – создание атмосферы любви вокруг ребенка, которая должна формироваться уже в пренатальном периоде. **Ребенок должен интегрироваться в семью, быть любимым еще до своего рождения, тогда у него появится воля к жизни, и он сможет перенести и сложное хирургическое лечение, и трудный период реабилитации.** 



СГМУ включен в два научно-образовательных кластера

13 января 2016 года было подписано соглашение о создании научно-образовательного медицинского кластера «Северный». В него вошли Северный государственный медицинский университет и Северо-Западный государственный университет имени И.И. Мечникова, который станет координатором кластера.

Основные перспективы деятельности кластера обсуждались на встрече ректора СГМУ Л.Н. Горбатовой с проректором по учебной работе СЗГМУ им. И.И. Мечникова А.М. Лиля, губернатором Архангельской области И.А. Орловым, заместителем председателя Правительства Архангельской области Е.В. Прокопьевой, заместителем министра, начальником управления модернизации и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Архангельской области А.В. Крюковым. Было отмечено, что главная задача научно-образовательного кластера «Северный» – это повышение качества подготовки кадров, развитие научно-исследовательской деятельности.

По словам Л.Н. Горбатовой, целью организации кластера является создание эффективной инновационной системы непрерывного профессионального образования, реализация инновационных проектов на основе интеграции научного, образовательного и инновационного потенциала участников кластера.

Инициативу создания научно-образова-



тельного медицинского кластера поддержал и глава региона. «Создание такого кластера позволит повысить уровень подготовки медицинских специалистов, а значит, – качество медицинской помощи, оказываемой северянам. Мы готовы к взаимодействию с участниками кластера, совместному поиску необходимых кадровых, прикладных и инновационных решений», – подчеркнул Игорь Анатольевич.

В рамках встречи руководства вуза с проректорами по учебной работе и по науке и инновационной деятельности СЗГМУ имени И.И. Мечникова А.М. Лиля и А.В. Силиным было принято решение – сформировать учебно-методическую комиссию кластера, рабочие комиссии по высшему образованию, научной и международной деятельности, подготовке кадров высшей квалификации и непрерывному медицинскому образованию, повышению качества медицинской помощи.

СГМУ стал участником и профильного стоматологического научно-образовательного медицинского кластера, координатором которого является Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. Цель создания кластера – формирование единого образовательного пространства, что позволит готовить высококвалифицированных специалистов, проводить повышение их квалификации. Взаимодействие вузов, безусловно, будет способствовать развитию образовательной, научной, инновационной и международной деятельности.

Всего в России по инициативе Министерства здравоохранения РФ будет создано 13 научно-образовательных медицинских кластеров, которые формируются как по территориальному, так и по профессиональному принципу. 

ДЕНЬ НАУКИ

Автор: М. Максимова, зав. пресс-службой СГМУ

Ученым и студентам СГМУ вручили губернаторскую стипендию

15 февраля 2016 года в администрации Архангельской области состоялось чествование лучших студентов, аспирантов и докторантов региона. По итогам 2015 года 48 представителей средних и высших профессиональных учреждений стали обладателями именной стипендии губернатора.

Традиция вручать именные стипендии губернатора лучшим студентам вузов была введена в регионе в 1996 году. С 2000 года к ним присоединились студенты средних профессиональных учебных заведений, а с 2004 года – аспиранты и докторанты вузов и научных институтов.

Сейчас поощряются молодые люди, не только имеющие отличную успеваемость, но при этом активно занимающиеся исследовательской и научной работой, принимающие участие в конференциях и профессиональных конкурсах. Молодые исследователи – аспиранты и докторанты вузов и научных институтов – удостоиваются стипендий за успехи в своих исследованиях при подготовке диссертационных работ.

Губернатор Архангельской области И.А. Орлов отметил, что очень важно поддерживать тех, кто только делает первые шаги в науке. Он подчеркнул, что сегодня награждают тех, кто в будущем будет управлять регионом, продолжать славные дела и традиции нашего великого народа. Кроме того, он поблагодарил наставников и учителей, для которых успехи учеников – это их победа, подтверждение их высокой квалификации.

В этом году именные свидетельства на получение стипендии губернатора были вручены следующим докторантам, аспирантам и студентам СГМУ:

- докторанту кафедры патологической физиологии А.В. Лебедеву;
- аспирантке кафедры терапевтической стоматологии К.А. Кунавиной;
- аспирантке кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии А.Ю. Любезновой;
- студентам факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии Н.Г. Брянцевой, лечебного факультета В.Е. Катаскиной, педиатрического факультета А.В. Шумову.

С ответным словом выступила аспирантка кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии СГМУ А.Ю. Любезнова. Она очень рада тому, что, несмотря на непростой пе-



риод в жизни нашей страны, губернатор и правительство Архангельской области поддерживают студентов и молодых учёных.

Молодые ученые СГМУ вновь были отмечены достойными наградами



9 февраля прошла торжественная церемония вручения именных свидетельств победителям регионального конкурса Российского гуманитарного научного фонда и конкурса научных проектов «Молодые ученые Поморья» 2015 года, а также наград докторам наук, защитившим диссертации в прошлом году.

С Днем российской науки собравшихся поздравил губернатор Архангельской области И.А. Орлов. Он отметил, что труд учёных во многом определяет успех и перспективы развития экономики и социальной сферы нашего региона и страны. «Развитие науки – это развитие сильной России. От резуль-

татов работы научного сообщества зависит будущее страны и качество жизни россиян. Не случайно Президент Владимир Путин определил научно-техническое развитие как приоритетную составляющую стратегии национальной безопасности. Только при вашем активном участии мы сможем обеспечить качественный рывок в развитии высоких технологий», – подчеркнул губернатор.

На церемонии академиком РАН Николаем Лавровым впервые была озвучена идея создания Федерального исследовательского центра комплексного изучения Арктики Российской академии наук. Правительство региона уже поддержало эту инициативу.

В сентябре прошлого года Федеральное агентство научных организаций приняло решение о создании центра. Строительство первого в истории Поморья научно-лабораторного комплекса РАН начнётся уже в этом году.

Кроме этого, в Правительстве России поддержали инициативу области о создании на базе СГМУ Федерального научно-образовательного центра комплексных медицинских исследований в Арктике. Для этого уже созданы все необходимые условия.

В торжественной обстановке губернатор вручил награды архангельским ученым, успешно защитившим в прошедшем году диссертации на соискание ученой степени доктора наук. Благодарностью губернатора

Архангельской области за большие научные достижения были награждены следующие сотрудники Северного государственного медицинского университета:

- доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы д.м.н. Ж.Л. Варакина;

- и.о. зав. кафедрой анатомии и оперативной хирургии, д.м.н., доцент С.А. Ульяновская.

С 2012 года по инициативе главы региона И.А. Орлова в Архангельской области возобновлен конкурс научных проектов среди молодых ученых. В последние годы увеличивается доля молодых кандидатов наук и аспирантов в университетах и научных организациях Поморья. Молодые ученые Севе-

ра осуществляют исследовательский поиск по многим современным отраслям науки.

В ознаменование вклада в развитие архангельской науки были вручены именные свидетельства победителям конкурса научных проектов 2015 года «Молодые ученые Поморья». Среди награжденных – аспирантка кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии Ю.М. Павловская, руководитель проекта «Состояние системы гемостаза, фолатный цикл и XIII фактор свертывания крови у женщин репродуктивного возраста».

Поздравляем студентов и ученых СГМУ с почетными наградами и желаем дальнейших успехов и высоких достижений в учебе и научной деятельности. 

Международный опыт лечения периоперационных кровотечений

Автор: Т. Докаева, ведущая рубрики



В течение недели с 24 по 29 января заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии профессор Надежда Александровна Воробьева участвовала в образовательном семинаре Дунайского университета г. Кремс (Австрия) и получила международный сертификат данного университета. Своими впечатлениями она поделилась с редакцией «МС».

Известно, что тяжелые периоперационные кровотечения являются значимой проблемой для врачей многих специальностей. В связи с этим команда специалистов должна иметь хорошие знания по физиологии и патофизиологии свертывания крови, располагать комплексом диагностических и терапевтических возможностей необходимых для достижения успеха. По словам профессора Н.А. Воробьевой, за последние годы существенно изменились знания по коагуляции. В настоящее время концепция каскадного водопада гемостаза заменена на так называемую клеточную модель коагуляции. Появились новые диагностические средства оптимизации мониторинга за состоянием свертываемости крови непосредственно у постели пациента. В связи с этим разработаны новые терапевтические подходы к медикаментозной терапии патологии гемостаза. Исходя из этого, специалисты из Австрии поделились своими знаниями и опытом по проблеме патологии системы гемостаза со специалистами лабораторий,

гематологами, терапевтами и анестезиологами.

Для достижения этой цели в сотрудничестве с Дунайским университетом Кремса была организована образовательная программа – семинар по теме «Периоперационные кровотечения – менеджмент управления».

Суть данного семинара заключалась в получении новых знаний по патофизиологии кровотечений в различных клинических ситуациях, обучении методам лабораторного мониторинга, а также вариантам и алгоритмам лечения в соответствии с международными рекомендациями.

Лекторский состав представлял собой группу международных экспертов, хорошо известных в научном и медицинском мире: Lars Amsis, MD, Donat Spahn, MD (Швейцария), Erik A.M. Beckers, MD, PhD, Marcus Lance, MD (Нидерланды), David Faraoni, MD (США), Michael Fischer, MD, Michael Hiesmayr, MD, Sibylle Kozek-Langenecker, MD, MBA, Stefan Nehrer, MD (Австрия), Ecaterina Scarlatescu,

MD (Румыния), Lidia Mora, MD (Испания), Marco Ranucci, MD (Италия).

Организаторы образовательной программы пригласили 40 участников со всего мира (Австралия, Австрия, Бразилия, Беларусь, Великобритания, Венгрия, Греция, Испания, Италия, Португалия, Россия, Румыния, Саудовская Аравия, Турция, Казахстан, Нидерланды, Литва, Молдова, Украина, Швеция, Финляндия), которые прошли предварительный отбор и тестирование.

Программа обучения была достаточно интенсивная, прочитано 23 лекции. Кроме того, участники семинара побывали на практических семинарах, работали на новых современных анализаторах прикроватного типа. Каждый участник семинара подготовил презентацию своего клинического случая, что способствовало обмену опытом. И конечно же, все гости смогли пообщаться в неформальной обстановке. 

Университетскому Сретенскому Балу

- 5 лет

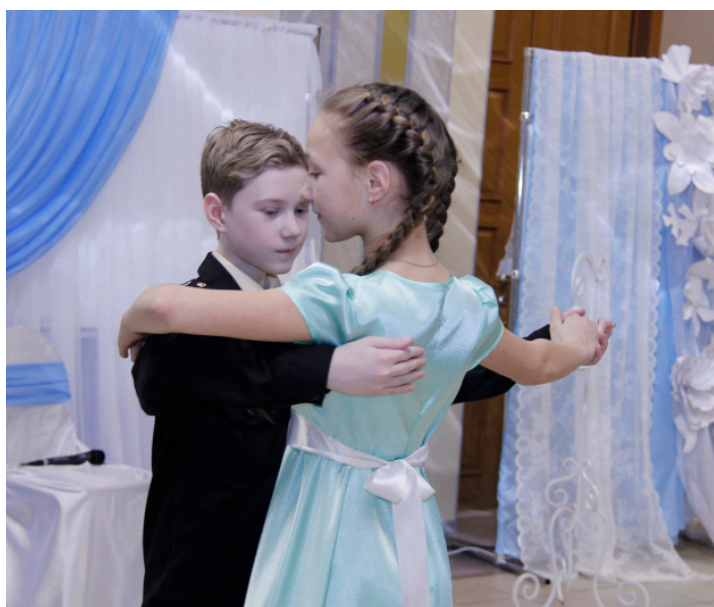
15 февраля 2012 года прошел первый Университетский бал – Сретенский, положив начало прекрасной традиции нашего вуза. Проведение подобных торжественных мероприятий – это прежде всего постижение сложившейся столетиями культуры российского общества. Для многих юношей и девушек именно Университетский бал становится первым в жизни. Много радостных эмоций приносит студентам не только участие, но и подготовка к балу – после занятий и лекций по несколько раз в неделю молодые люди разучивают танцевальные фигуры, учатся следить за осанкой и положением рук, постигают азы бального этикета.

«В нашем вузе созданы все условия для творческого саморазвития и самореализации личности, – подчеркнула ректор СГМУ Л.Н. Горбатова. – Университетские балы стали уже любимым мероприятием не только для студентов, но и профессорско-преподавательского состава СГМУ. Для нас очень важно продолжать и укреплять уже сложившиеся традиции, основанные на уважении к своей истории и патриотизме».



Особенностью пятого юбилейного Университетского бала, который прошел 18 февраля 2016 года в холле нашего вуза, стал театрализованный сценарий. Участники события полностью погрузились в атмосферу бала-маскарада. Пары вдохновенно кружились под звуки венского вальса и полонеза. Всех захватили озорная полька и кадрили. Традиционно в ходе бала прошли игры, конкурсы, мастер-классы.

«Теперь мы организуем балы два раза в год: Сретенский и, ставший тоже традиционным, Осенний бал для первокурсников, – пояснила декан общественного факультета ментального здоровья Л.Е. Громова. – Хотелось бы, чтобы традиция проведения бала в СГМУ продолжалась. И поможет нам в этом необычная балльная атмосфера, которая сложилась за эти пять лет в нашем университете!»



Внутрибольничные инфекции – скрытая, но реальная УГРОЗА

Авторы: кафедра инфекционных болезней СГМУ

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), – важная проблема стационаров всего мира независимо от их профиля и уровня оснащённости. ИСМП поражают 5-10 % пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения.

В России, по данным официальной статистики, ежегодно регистрируется примерно 30 тыс. случаев ИСМП ($\approx 0,8$ на 1 000 пациентов), однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2-2,5 млн.

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2-3 раза дольше, чем пациенты без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка, в 3-4 раза возрастает стоимость лечения, и в 5-7 раз – риск летального исхода. Экономический ущерб, причиняемый ИСМП, значителен: в Российской Федерации эта цифра, по самым скромным подсчетам, может достигать 10-15 млрд рублей в год. ИСМП существенно снижают качество жизни пациента, приводят к потере репутации учреждения здравоохранения.

Интенсивное развитие высокотехнологичных, инвазивных методов диагностики и

лечения в сочетании с широким распространением микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью определяет необходимость непрерывного совершенствования систем надзора и контроля. Чрезвычайно важной задачей на современном этапе является разработка и внедрение в практику здравоохранения научно обоснованной системы эпидемиологического надзора и комплекса эффективных организационных, профилактических, противоэпидемических и лечебно-диагностических мероприятий.

Регистрация ИСМП в Архангельской детской клинической больнице им. П.Г. Выжлецова (АОДКБ) была внедрена в 2006 году в рамках международного проекта с Норвежским институтом общественного здравоохранения. Методика регистрации разработана Европейским центром по контролю над инфекционными заболеваниями и является общепринятой для проведения мониторинга за ИСМП в стационарах Европы. С 2007 по 2013 год мониторинг осуществлялся силами администрации больницы и сотрудников кафедры инфекционных болезней без по-

Согласно национальной концепции, профилактика ИСМП является одной из стратегических задач системы здравоохранения для обеспечения высокого качества медицинской помощи и создания безопасной среды пребывания для пациентов и персонала учреждения.



Е.А. Кригер рассказывает школьникам о гигиене рук



Участники российско-норвежского проекта

мощи извне. Проводились динамическая оценка частоты возникновения ИСМП, анализ структуры инфекций, выявление категорий пациентов, составляющих группу риска. Регулярный анализ получаемых данных позволил разрабатывать и проводить мероприятия, направленные на снижение распространённости ИСМП, воздействуя на факторы, связанные с их возникновением, а непрерывный мониторинг – осуществлять контроль над ситуацией с ИСМП в стационаре и оценивать эффективность профилактических мер.

В течение 2013-2014 годов при помо-

Гигиена рук – простой и эффективный метод профилактики ИСМП, однако, согласно результатам международных исследований, менее половины медсестёр соблюдает надлежащую технику гигиены рук, исполнительность врачей ещё ниже.

щи Норвежского института общественно-го здравоохранения начата реализация второго международного проекта с целью внедрения мониторинга ИСМП в нескольких стационарах Архангельской области. В рамках проекта проведены образовательные семинары с целью обмена опытом по регистрации ИСМП с другими стационарами и обучения методике регистрации ИСМП, разработанной Европейским центром по контролю инфекционных заболеваний. Для проведения мониторинга нами были разработаны методические рекомендации, в основе которых международный протокол регистрации ИСМП. Использование данной методики открывает возможность интеграции в информационное пространство в данной сфере интересов с получением возможности сравнения результатов проводимого в Архангельске мониторинга с данными других стран.

Администрация и персонал больниц охотно включились в процесс регистрации и позитивно отнеслись к проведению мониторинга и анализу ситуации с ИСМП, что уже являлось большим шагом на пути к профилактике.

Внедрение профилактических мер было решено начать с наиболее универсального метода профилактики – гигиены рук. Поэтому первым этапом введения профилактических мер было проведение образовательных семинаров для медицинского персонала, на которых врачам и среднему медперсоналу предоставлялась возможность оценить их технику обработки рук при помощи специального прибора. Медработники обрабатывали руки антисептиком привычным для них способом, а затем в ультрафиолете могли посмотреть, какие участки остались необработанными, на что следует обратить внимание при ежедневной обработке рук. Также использовалась методика «говорящих стен», которая заключается в размещении красоч-

ных постеров, напоминающих медперсоналу и лицам, осуществляющим уход за детьми, о необходимости соблюдения гигиены рук.

Мы хотели, чтобы наши маленькие пациенты тоже понимали важность мытья рук для здоровья, поэтому были разработаны и детские постеры. Чтобы лучше донести информацию до детей, мы решили вовлечь их в процесс разработки постеров и провели конкурс среди первоклассников на лучший рисунок на тему «Чистые руки». Лучшие работы мы разместили на плакатах в отделении.

За счет средств гранта Министерства здравоохранения Норвегии для Архан-

гельской областной детской клинической больницы были приобретены диспенсеры и спиртосодержащие антисептики для гигиены рук, напечатаны цветные постеры. Участниками первого российско-норвежского проекта Р-14 (2005-2006 гг.) «Внутрибольничные инфекции» стали: Агнес Хайду, Ханне Эриксен, руководитель проекта Стейн Андресен, Татьяна Карлссон из Норвежского института общественного здравоохранения, С.Ю. Назаренко, Е.Г. Петрова, Л.В. Войнова, Ю.В. Смородина, А.В. Тюриков (Архангельская детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова), О.В. Самодова, Л.В. Титова, Н.Л. Рогушина (Северный государственный медицинский университет), Л.Н. Гришина, Т.А. Гордиенко (Управление Роспотребнадзора по Архангельской области).

С 2007 по 2013 год мониторинг внутри-

больничных инфекций осуществлялся силами администрации больницы и сотрудников кафедры инфекционных болезней О.В. Самодовой и Н.Л. Рогушиной. Большую часть работы по вводу информации, анализу, методическому обеспечению взяла на себя ассистент кафедры Е.А. Кригер. Поддержал внедрение мониторинга ИСМП в АОДКБ Н.В. Марков, который руководил в то время больницей, в дальнейшем проведении исследований было позитивно оценено новым главным врачом детской больницы О.Ю. Низовцевым. Главной движущей силой мониторинга ИСМП в АОДКБ является заместитель главного врача по медицинской части С.Ю. Назаренко.

В 2013-2014 годах при поддержке Норвежского института общественного здравоохранения начата реализация второго международного проекта с целью внедрения мониторинга ИСМП в нескольких стационарах Архангельска. Проект был разработан Е.А. Кригер и О.В. Самодовой. Руководителем проекта является старший советник и руководитель международных проектов Норвежского института общественного здравоохранения профессор А.М. Гржибовский, под его руководством проект получил новое развитие «От системы мониторинга к профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Результаты проекта представлены в виде нескольких русскоязычных и англоязычных публикаций, вызвавших большой интерес научного сообщества. Постерный доклад, представленный на Всероссийском конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика» в октябре 2015 года в Санкт-Петербурге, был признан лучшим постерным докладом конгресса. В настоящее время идеи, реализованные в ходе проекта в Архангельске, уже находят свое применение и в других вузах России.



Победители конкурса рисунков на тему «Чистые руки»

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

- доцента кафедры гигиены и медицинской экологии;
- доцента кафедры детской хирургии;
- доцента кафедры педиатрии;
- доцента кафедры семейной медицины и внутренних болезней;
- доцента кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы;
- доцента кафедры хирургии;
- старший преподаватель кафедры экономики и управления – 2-е должн.;
- ассистент кафедры кожных, венерических болезней и фтизиопульмонологии;
- ассистент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии;
- ассистент кафедры ортопедической стоматологии.

Документы принимаются в течение месяца со дня опубликования по адресу:

г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, каб. № 2417 (4 этаж административного корпуса).

Часы приема: с 14.00 до 16.00 (пон. – пятн.).

Контактные тел.: 21-03-76, 8-911-550-11-07

Бондаренко Елена Георгиевна. С условиями трудового договора и квалификационными требованиями можно ознакомиться в отделе кадров, тел.: 28-57-93

С перечнем документов, необходимых для сдачи на конкурс и выборы, формами и правилами их оформления можно ознакомиться на сайте университета перейдя по ссылке http://www.nsmu.ru/university/uchon_soveti/covet_nsmu.php

Поздравляем юбиларов!

Черепанову Любовь Юрьевну

Галашева Валерия Ивановича

Милину Наталью Александровну

Торбину Валентину Геннадьевну

Будникова Николая Викторовича

Елсакову Ольгу Александровну

Дьяконову Тамару Петровну

Карышеву Нину Николаевну

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

Памяти А.В. Красильникова

Авторы: М. Ю. Вальков, заведующий кафедрой лучевой диагностики, лучевой терапии и клинической онкологии СГМУ, А.В. Новиков, журналист

Есть люди, говорить о которых в прошедшем времени просто не получается – настолько велик их деловой и творческий потенциал, широк круг общения, разнообразны интересы, а их профессиональная деятельность несет огромный заряд добра и любви к человечеству.

Одним из таких людей, которые посвятили всю свою хотя и совсем небольшую по продолжительности, но очень яркую жизнь медицине, науке, спасению людей от одного из самых страшных заболеваний современности, без всякого сомнения, был Андрей Валентинович Красильников.

Нелепая трагическая случайность превратила его жизнь в самом рассвете творческих и интеллектуальных сил. Казалось, перед ним не было преград – его профессиональная карьера складывалась совершенно блестяще. Но за всей этой видимой простотой был надежно спрятан тяжелый ежедневный труд, направленный в первую очередь на самосовершенствование и самореализацию.

С 2002 года Андрей Валентинович руководил Архангельским областным онкологическим диспансером, по определению – одним из самых сложных учреждений в системе государственного здравоохранения. В числе его несомненных заслуг как главного врача – глобальная модернизация этого лечебно-профилактического учреждения. Это и оборудованный по последнему слову техники операционный блок, и уникальная диагностическая аппаратура, и один из лучших в своем классе линейный ускоритель электронов. Все это позволяет диспансеру удерживать статус одной из ведущих клиник Северо-Запада России и проводить лечение пациентов на высочайшем технологическом уровне.

Удивительным образом Андрею Валентиновичу Красильникову удавалось совмещать работу руководителя крупного многопрофильного лечебного учреждения и научную деятельность. Эта сторона его деятельности была видна в большей степени только пред-



ставителям онкологического научного сообщества. Написанные им лично и в соавторстве с коллегами около 40 научных работ были опубликованы в специализированных научных журналах и получили заслуженно высокие оценки со стороны профессионалов. Хорошо запомнили Андрея Валентиновича и участники многочисленных международных форумов и конференций по онкологии, в работе которых он принимал участие. А ежегодные научно-практические конференции на базе онкологического диспансера, которые организовывал научный комитет под руководством профессора Красильникова, стали настоящей школой для архангельских онкологов.

Вот как вспоминает о своем коллеге профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, руководитель отдела статистики рака Мишель Коулман: «Андрей был одним из удивительных людей, оказывающих огромное влияние на окружающий мир. С огромной благодарностью я вспоминаю его гостеприимство и редкий энтузиазм, с которыми он демонстрировал ваш замечательный онкологический центр во время моей поездки в Архангельск. Поэтому очень печально, что сотрудничество с ним не продолжится. Выражаю глубокое соболезнование по поводу его гибели. Мы всегда будем помнить о нем».

Чрезвычайно короткая, но очень яркая жизнь и судьба Андрея Валентиновича Красильникова в очередной раз доказали страшную истину: почему-то самые лучшие люди уходят из этого мира значительно раньше отведенного им срока.

МЕДИК

Газета Северного государственного медицинского университета СЕВЕРА

12+



Учредитель: ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Адрес: 163000, 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 № ТУ29-00542 от 16 июля 2015 г.

Адрес редакции: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, телефон: (8182) 28-57-98. E-mail: press@nsmu.ru
Электронная версия газеты на сайте www.nsmu.ru

Адрес издателя, типография: ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51.
Адрес редакции: ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51 Каб. 2337. Тел. (8182) 20-61-90.

Заказ № 1670 тираж 1500 экз. Номер подписан в печать 26.02.2016: по графику – 15.00; фактически – 15.00

Главный редактор: ректор Л.Н. Горбатова
Заместитель главного редактора – Е.Ю. Неманова
Редколлегия: А.С. Оправин, П.И. Сидоров, Ю.А. Сумароков, М.Л. Гарцева, В.П. Пашенко, В.П. Рехачев, В.П. Быков, Л.А. Зубов, А.В. Андреева, А.И. Макаров, А.В. Макулин, Е.Г. Щукина, М.А. Максимова, Т. Докаева.
Дизайн и верстка – Я.С. Шестаковой.
Фото на обложке Е. Немановой.