

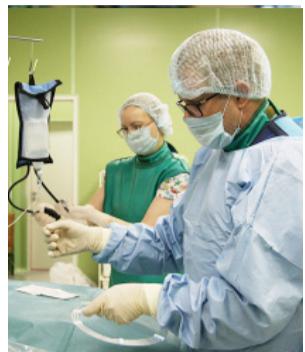


Санкт-Петербургский Педиатр



ГАЗЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

№ 5 (66), 2020



Врачи СПбГПМУ
применили
редкую методику
лечения порока сердца

Впервые в СЗФО эндоваскулярные хирурги выполнили младенцу стентирование выводного отдела правого желудочка сердца.

Стр. 2



Будут жить: как в
СПбГПМУ спасают детей
с мальформацией вены
Галена

При тяжелом течении этой патологии новорожденные могут погибнуть в первые дни после появления на свет...

Стр. 3

Эксперты СПбГПМУ
посетили три региона
Западной Сибири

Рабочая группа НМИЦ провела аудит медицинских учреждений Томской, Новосибирской и Омской областей.

Стр. 4



Врачам СПбГПМУ удалось восстановить просвет горлани трёхмесячному ребёнку

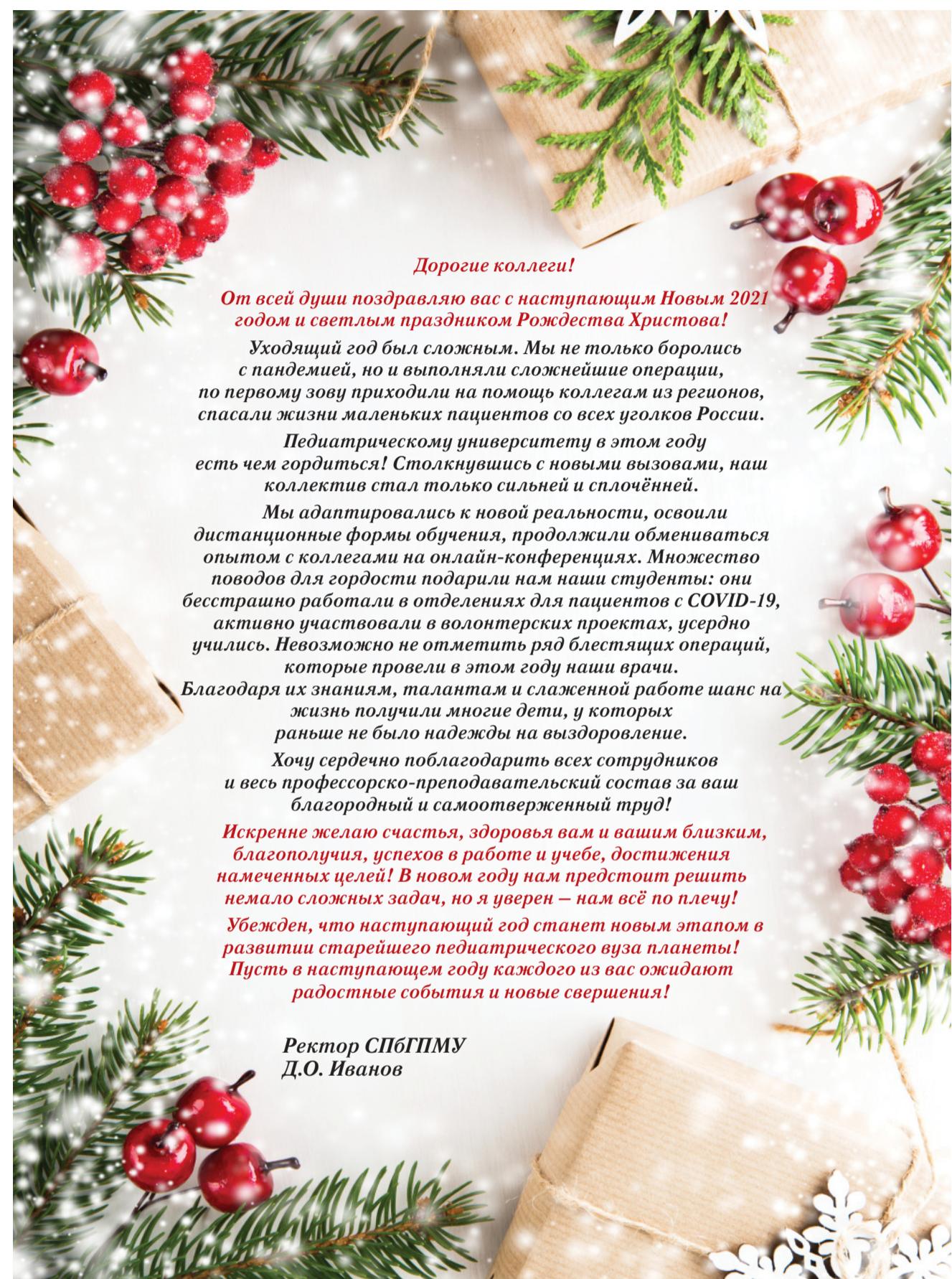
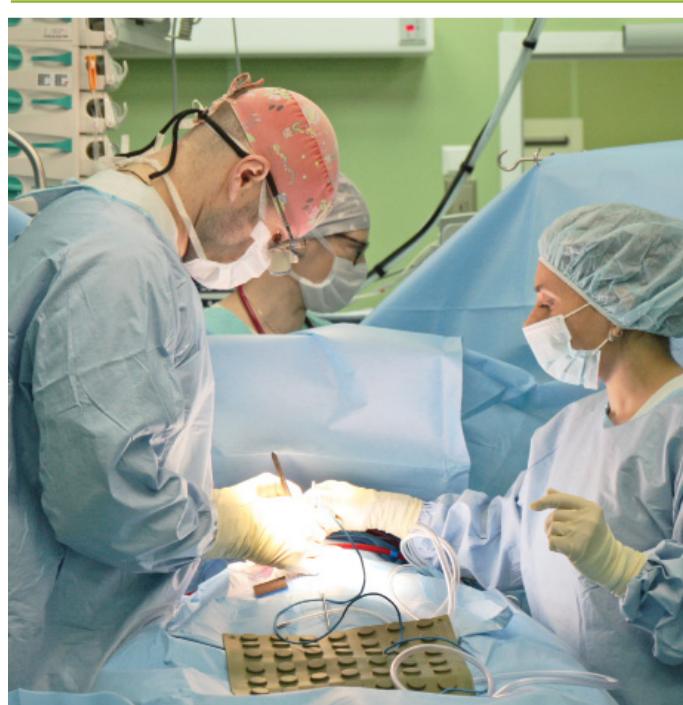
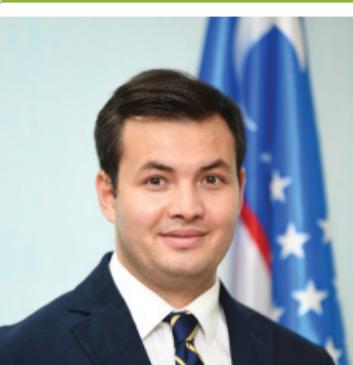
Уникальная операция позволила малышу с рубцовым стенозом горлани начать полноценно дышать.

Стр. 5

Акмаль Сыдиков:
Наука даётся
упорным

Выпускник Педиатрического университета возглавил Управление развития науки Минздрава Узбекистана.

Стр. 6



Врачи СПбГПМУ удалили ребёнку опухоль сердца, сохранив митральный клапан

Сложнейшую операцию провели двухлетнему пациенту из Великого Новгорода. Мальчика доставили в клинику Педиатрического университета в минувшую пятницу.

Болезнь у ребёнка началась как банальное ОРВИ, однако симптоматическое лечение оказалось неэффективным. В середине ноября малыша госпитализировали в детскую областную больницу Великого Новгорода с подозрением на пневмонию. В ходе ультразвукового исследования врачи обнаружили опухоль в левом предсердии — новообразование перекрывало митральный клапан. Спасти мальчика могла только сложнейшая операция.

Новгородские медики провели экстренную телемедицинскую консультацию со специалистами Педиатрического университета. Было принято решение незамедлительно перевести маленького пациента в клинику СПбГПМУ. Но как раз в этот момент состояние ребёнка

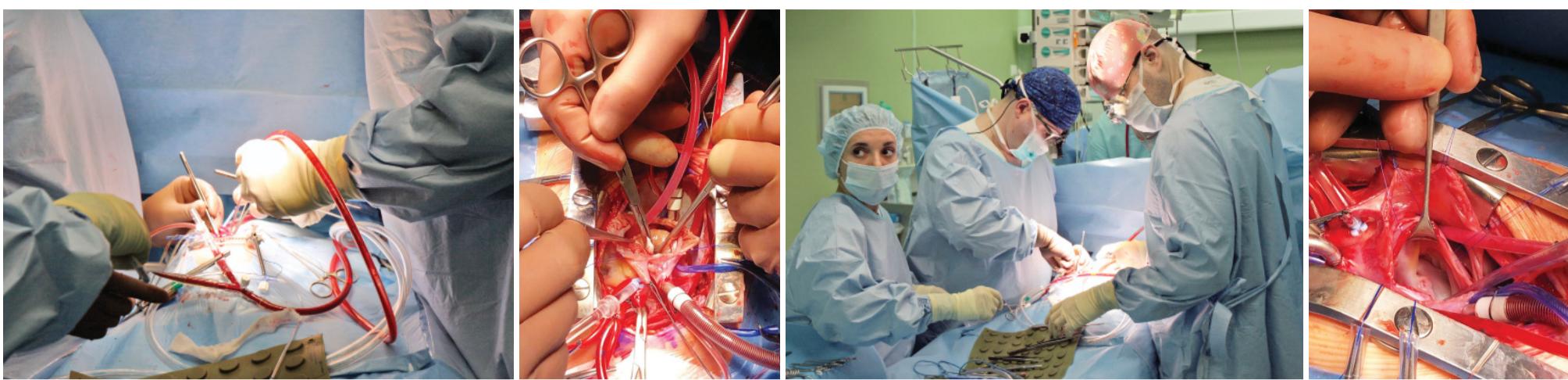
резко ухудшилось: развился отёк лёгких. Потребовалось проведение ИВЛ стопроцентным кислородом.

В такой ситуации транспортировка стала чрезвычайно рискованной, но другого выхода не было. Реанимационно-консультативная бригада из Великого Новгорода смогла стабилизировать состояние ребёнка и в считанные часы доставить малыша в Санкт-Петербург. В Педиатрическом университете пациент оказался поздно вечером в пятницу, 29 ноября.

— Необходимо было купировать отёк лёгких и подготовить ребёнка к операции. Наши специалисты также провели компьютерную томографию, эхо-

Окончание на стр. 2

Начало на стр. 1



кардиографию, КТ-ангиографию и другие исследования, чтобы более пристально рассмотреть новообразование. Диагноз новгородских медиков подтвердился, — рассказал заведующий отделением анестезиологии-реанимации СПбГПМУ Евгений Фелькер.

Уже наутро бригада врачей СПбГПМУ приступила к операции. За жизнь пациента боролись руководитель кардиохирургической службы Андрей

Нохрин, заведующий отделением анестезиологии-реанимации для детей с кардиохирургической патологией Евгений Тризна, заведующий операционным отделением Перинатального центра Евгений Кулемин, кардиохирург Руслан Бадуров и другие специалисты.

— Опухоль вызывала нарушение притока крови в левый желудочек сердца. Развилась картина стеноза митрального клапана, — пояснил Андрей Но-

хрин, добавив, что это состояние могло в любой момент привести к гибели ребёнка.

Хирургическое вмешательство длилось 7 часов. В ходе операции потребовалось подключить пациента к аппарату искусственного кровообращения.

— Не было уверенности, что удастся сохранить митральный клапан. Но, к счастью, опухоль срослась только с частью его стенки, и мы смогли удалить её без тяжёлых по-

следствий, — рассказал руководитель кардиохирургической службы Кирилл Кирьяков.

Сейчас мальчик находится в отделении реанимации для детей с кардиохирургической патологией.

— Было необходимо устранить опухоль, так как из-за неё развилось жизнеугрожающее состояние. Сейчас пациент относительно стабилен, есть положительная динамика, но делать какие-то прогнозы

преждевременно, — сообщил анестезиолог-реаниматолог Кирилл Кирьяков.

По мнению специалистов Педиатрического университета, данный случай является примером эффективного взаимодействия между медицинскими учреждениями.

— У нас со специалистами из Великого Новгорода сложилось полное взаимопонимание и преемственность, — добавил Евгений Фелькер.

Врачи СПбГПМУ применили редкую методику лечения порока сердца

Впервые в Северо-Западном федеральном округе эндovаскулярные хирурги выполнили младенцу стентирование выводного отдела правого желудочка сердца.

Девочка, которой провели эту сложную процедуру, появилась на свет в конце июля в Архангельской области. Малышка родилась недоношенной: весила всего 1290 граммов. Врачи диагностировали у ребёнка группу сердечнососудистых аномалий: так называемую тетраду Фалло.

Это состояние относится к числу цианотических (в просторечье — «синих») пороков. Пациент страдает от гипоксемии — нехватки кислорода — из-за которой его кожа и слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок.

Шансы выжить при такой патологии без вмешательства хирургов — не более 50%.

— В норме желудочки сердца и предсердия должны быть изолированы. А у пациентов с тетрадой Фалло имеется дефект межжелудочковой перегородки — проще говоря, отверстие, через которое в аорту попадает не обогащённая кислородом кровь. Кроме того, наблюдается стеноз (сужение просвета) выводного отдела правого желудочка, из-за которого в лёгочную артерию поступает недостаточный объём крови, — пояснил заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения СПбГПМУ Михаил Комиссаров.

На сегодняшний день существуют эффективные методики коррекции данной патологии. Необходимо радикальное хирургическое вмешательство, в ходе которого кардиохирурги закры-



Михаил Комиссаров в операционной

вают дефект межжелудочковой перегородки так называемым патчем — заплатой. Наиболее благоприятный возраст для длительной операции на открытом сердце — 3–6 месяцев. К тому же, ребёнок должен весить не менее 6 килограмм — иначе риск для маленького пациента будет слишком высоким.

Поэтому лечение обычно проходит в два этапа. Для начала важно увеличить приток крови в лёгочную артерию, чтобы пациент получал достаточно кислорода.

— Рутинной процедурой в этой ситуации является шун-

тирование — в лёгочную артерию вшивается небольшая трубка, которая соединяет её с началом подключичной артерии. Таким образом формируется новый артериальный проток. Это тоже серьёзная операция, хотя и не предполагающая подключения к аппарату искусственного кровообращения. В нашем случае, из-за маленького веса ребёнка, консилиум врачей избрал другой метод лечения, — рассказал Михаил Комиссаров.

Пациентку сначала «доростили» до 2700 граммов в Перинатальном центре Архангель-

ского областной клинической больницы, а затем доставили в СПбГПМУ. Здесь девочке выполнили стентирование выводного отдела правого желудочка сердца.

— При шунтировании летальность может достигать 20–30%. Новая альтернативная технология — стентирование выводного отдела правого желудочка — существенно снижает риски. Оно выполняется у детей с весом от 1600 граммов. Это даёт шанс ребёнку подрасти, чтобы ему можно было провести радикальную коррекцию, — сообщил руководитель кардиохирургической службы СПбГПМУ Андрей Нохрин. Он также добавил, что всего в России было проведено несколько десятков таких операций. В Северо-западном федеральном округе методика применена впервые.

— Мы планируем поставить эту технологию на поток в Педиатрическом университете, — подчеркнул Андрей Нохрин.

Сейчас девочка уже выписалась из стационара и находится дома. Через четыре месяца кардиохирурги проведут ей вторую операцию: закроют отверстие в межжелудочковой перегородке и уберут стент.

Ознакомиться с научной статьёй



БУДУТ ЖИТЬ: как в СПбГПМУ спасают детей с мальформацией вены Галена

Артериовенозная мальформация вены Галена – очень редкий и очень опасный диагноз. При тяжелом течении этой патологии новорожденные могут погибнуть в первые дни после появления на свет. Оставшимся в живых грозит кровоизлияние в мозг.

Сегодня благодаря возможностям эндоваскулярной хирургии, у таких пациентов есть шанс на долгую здоровую жизнь. Педиатрический университет – одно из немногих мест, где малышам проводят сложнейшие операции на сосудах мозга.

Вена Галена – один из самых крупных сосудов, который собирает кровь из глубинных отделов полушарий головного мозга. Человеку далёкому от медицины этот термин мало что говорит. Маргарита Ватутина впервые в жизни услышала его во время планового УЗИ на 30-й неделе беременности. И узнала, что для её ещё не родившейся третьей дочери это фактически приговор.

– Врачи в женской консультации шансов не давали. Они открыто говорили, что это редкий диагноз, что шансов выжить очень мало, – вспоминает Маргарита.

Женщина живёт в Твери, там медицинских центров, где могли бы оказать помощь её ребёнку, просто нет. Для малышки начали оформлять квоту на лечение в Перинатальном центре Педиатрического университета – чтобы сразу после рождения, она попала в руки хирургов.

Но всё пошло не по плану. Задолго до приезда в Санкт-Петербург, мама не смогла – на 34-й неделе у неё отошли воды. Но Маргарита и её муж решились на отчаянный шаг: сели в автомобиль и за четыре с половиной часа долетели до Северной столицы. Ещё через два часа на свет появилась Ангелина.

На следующий день малышку прооперировал глава нейрохирургической службы СПбГПМУ, главный внештатный детский нейрохирург Санкт-Петербурга Алексей Иванов.

Во-первых, не аневризма, во-вторых, не мальформация, в третьих – не вена Галена

– В медицине тоже суще-



Во время операции

ствуют не совсем удачные названия. Поэтому, если мы рассуждаем про венозно-артериальную мальформацию вены Галена или аневризму вены Галена, то следует сказать, что, во-первых, это не аневризма, а во-вторых, как правило, не мальформация. Это собирательное название самых разных патологий, – объясняет Алексей Иванов.

Кроме того, когда речь идёт о самых маленьких пациентах, причиной всех бед является даже не вена Галена – она формируется позднее, – а её «предшественник».

Так или иначе, за этим «собирательным образом» скрываются весьма угрожающие состояния, при которых поток артериальной крови попадает прямо в вены, минуя капиллярное русло мозгового вещества.

Венозная система на артериальное давление, естественно, не рассчитана, поэтому вена Галена начинает увеличиваться в размере. Отсюда термин аневризма, хотя, это скорее варикоз.

– Когда мы говорим о детях до полугода, то, как правило, речь идёт о двух основных опасностях. Это, в первую очередь, разрыв самого образования. В венозную систему устремляется колоссальная энергия. И в какой-то момент это может приводить к кровоизлиянию в мозг, – говорит глава нейрохирургической службы Андрей Нохрин.

Кроме того, раздувающаяся вена Галена может перекрывать пути оттока ликвора из головы и вызывать окклюзионную гидроцефалию, которая тоже приводит к гибели ребёнка, если не принять быстрых и эффективных мер.

Впрочем, маленький пациент может даже не дожить до кровоизлияния и гидроцефалии.

– У некоторых новорожденных детей степень сброса крови в венозную систему настолько велика, что сердце, которое только переключается на режим функционирования вне тела матери, не выдерживает. Начинают расширяться правые отделы сердца. Из-за повышения давления в лёгочных венах

возникает лёгочная гипертензия. У этих детей нет шансов без операции, они не доживут до более взрослого возраста, – уверен Алексей Иванов.

Именно поэтому проводить операцию нужно в первые дни, иногда – часы – после рождения.

Путь к спасению

Эндоваскулярные операции проходят под контролем рентгеновской аппаратуры – ангиографического комплекса.

– Контрастное вещество меняет цвет сосуда и мы видим этот сосуд изнутри. Попадаем мы в сосуд через бедренную артерию. Дальше катетер заводится через сосуды шеи и постепенно доходит до головы. Дальше всё будет зависеть от вида порока и целого ряда нюансов. Могут использоваться как эмболизирующие композиции (которые как бы склеивают сосуд изнутри, прим. ред), так и различные эмболизационные спирали (свообразные «затычки», которые перекрывают кровоток, прим. ред.), и другие инструменты.

Тут тактика неоднозначна, – рассказывает глава нейрохирургической службы СПбГПМУ.

Скорость кровотока в мальформации такова, что даже специальные быстрозастывающие клеевые композиции, может буквально унести вдаль по сосудистому руслу. Поэтому врачи используют технологии, которые во время операции останавливают или замедляют сердцебиение пациента.

– Операции эти очень сложные, очень ответственные и, да, риски есть, но другой возможности для спасения нет, – уверен Алексей Иванов.

От операции до операции

После вмешательства хирургов состояние маленькой Ангелины значительно улучшилось. Через месяц девочку выписали домой, набираться сил перед следующей операцией.

Такое длительное, этапное лечение – обычная практика при артериовенозной мальформации вены Галена. Когда речь идёт об этой патологии, устранить проблему с первого раза практически невозможно. Поэтому первая операция обычно не является радикальной. На этом этапе важно уменьшить поток артериальной крови настолько, чтобы дать стабилизироваться кровообращению пациента. Тогда он сможет дожить хотя бы до полугода и перенести более серьёзные вмешательства.

Ангелина дотянуть до назначенней даты не смогла: в Твери она снова попала в реанимацию. Вертолётом девочку доставили в клинику СПбГПМУ. Медики Педиатрического университета провели ещё одну операцию, которая буквально вернула ребёнка к жизни.

– Я очень благодарна врачам. Нас здесь уже второй раз спасли, – говорит Маргарита Ватутина. Несмотря на пережитые потрясения, она сохраняет удивительное спокойствие и веру, что у её дочурки всё будет хорошо.

Ректору СПбГПМУ вручили почетный знак за вклад в развитие города

9 декабря в Большом зале Мариинского дворца состоялась торжественная церемония вручения почетных знаков «За особый вклад в развитие Санкт-Петербурга».

Ректор Педиатрического университета получил награду из рук спикера Законодательного Собрания Санкт-Петербурга Вячеслава Макарова. Политик поздравил каждого из награжденных и поблагодарил присутствующих за профессионализм, целеустремленность и труд на благо города.

Вручая награду ректору Педиатрического университета Дмитрию Иванову спикер ЗакСа отметил важность профессии врача и по-

благодарил главу университета за самоотверженный труд.

– То, что сейчас медицина, врач звучит как синоним национальной безопасности – это знают все. То, что сейчас врач звучит как синоним слова «подвиг» – тоже факт. Врач проявляется тогда, когда очень сложная обстановка. К врачам никто не идет и не обращается, когда все хорошо. Но суметь принять звонки в два ночи, в четы-

ре утра – это может сделать только настоящий доктор с большой буквы, – сказал Вячеслав Макаров.

Почётным знаком «За заслуги перед Санкт-Петербургом» награждаются за выдающиеся достижения в области экономики, науки, культуры, искусства, образования, охраны здоровья, просвещения, социального, духовного и нравственного воспитания жителей города.



Дмитрий Олегович Иванов и Вячеслав Серафимович Макаров

Эксперты СПбГПМУ посетили три региона Западной Сибири

С 30 ноября по 4 декабря рабочая группа экспертов Педиатрического университета провела аудит медицинских учреждений Томской, Новосибирской и Омской областей.



Поездка прошла в рамках работы Национального медицинского исследовательского центра по профилю «Педиатрия».

Рабочую группу возглавил ректор СПбГПМУ, главный внештатный неонатолог Минздрава России Дмитрий Иванов. В состав делегации так же вошли главный врач

клиники СПбГПМУ Виталий Резник, главный внештатный неонатолог Ленинградской области Алексей Яковлев, главный внештатный детский специалист хирург Минздрава Алексей Подкаменев, заведующая детским приемным отделением СПбГПМУ Ксана Штернихт, главный внештатный специалист

педиатр Ленинградской области Антон Соловьев, а также Татьяна Мишкина, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф.Тура СПбГПМУ.

За время визита в Томскую область эксперты посетили Детскую городскую больницу №1, Областную детскую больницу, Областной

перинатальный центр и другие медицинские учреждения региона.

В Новосибирской области рабочая группа побывала в областной клинической больнице, посетила Перинатальный центр, соматические и хирургические педиатрические отделения, педиатрическое отделение Консультативной поликлиники, а также Детскую поликлинику №1.

В ходе поездки по Омской области специалисты проинспектировали Городской перинатальный центр, Областной перинатальный центр, Областную детскую клиническую больницу, Городскую детскую клиническую больницу №3, Детскую городскую больницу №4, Поликлиники №1 и №6, а также Центральную районную больницу в рабочем поселке Полтавка Омской области и Фельдшерско-акушерский пункт в деревне Георгиевка Омской области.

Эксперты провели аудит оказания помощи матерям и детям в трех регионах. По результатам аудита составлен перечень рекомендаций, направленных на снижение детской и младенческой смертности.

— Поездка оказалась полезной для обеих сторон. В большинстве случаев в областных медицинских учреждениях детям оказывается широкомасштабная помощь по всем профилям. Кое-где проседает аналитическая работа, и над этим нужно работать, но особых приоритетов нет. Наша цель — чтобы каждый ребенок мог получать качественную, высокопрофессиональную помощь в любом регионе страны. Совместно мы будем идти к намеченным целям, — отметил главный педиатр Ленинградской области, доцент кафедры детских болезней СПбГПМУ Антон Соловьев.

УДАЛЁННЫЙ ДОСТУП: Сергей Колесников о развитии телемедицинских технологий в СПбГПМУ

Специалисты Педиатрического университета проводят в среднем по 8-9 телемедицинских консультаций в день.

Такие сеансы связи помогают врачам из различных регионов России лечить самых тяжёлых больных. Но далеко не все проблемы можно решить на месте: примерно 35% консультаций заканчиваются переводом пациентов в клинику вуза.



Сергей Колесников

О настоящем и будущем инновационной сферы здравоохранения мы поговорили с заведующим центром телемедицинских технологий Педиатрического университета Сергеем Колесниковым.

— Сергей Викторович, расскажите в двух словах, что такое телемедицина, и как этот инструмент работает в СПбГПМУ?

— Телемедицина — это обмен медицинской информацией с помощью средств коммуникации. Такие консультации могут проходить как по схеме «врач-врач», так и по схеме «врач-пациент». Наш университет проводит консультации между медицинскими специалистами.

Мы работаем в федеральной телемедицинской системе. На сегодняшний день в ней 1883 медицинские организации - в каждом субъект-

те России есть медицинские учреждения, подключенные к данной системе. В Санкт-Петербурге таких организаций более 30.

Педиатрический университет это — национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ). Всего НМИЦ по стране — 36, и они разделены по профилю. Наш профиль — педиатрия.

Каждому из НМИЦ прикреплены федеральные округа, которые получают консультации в рамках телемедицинской системы. К СПбГПМУ прикреплено три федеральных округа: Северо-Западный, Уральский и Сибирский. В этих округах мы проводим консультации по профилю педиатрия. При этом мы не ограничиваемся только данными округами, а консультируем все медицинские организации, которые к нам обращаются. А, так как наш университет имеет специалистов всех направлений, то при необходимости мы консультируем и по другим направлениям: детская хирургия, кардиология, кардиохирургия, акушерство и гинекология, то есть, практически по всем направлениям.

— Сколько телемедицинских консультаций в год проводит университет?

— Мы за период с января по ноябрь прошлого года провели 885 консультаций, 373 из них — по профилю педиатрия. В этом году по профилю педиатрия — а это примерно третья от всего объема — мы провели 676 телемедицинских консультаций. По всем профилям — более 1800 за 10 месяцев. В среднем мы проводим 170-180 консультаций в месяц.

— Сложно ли врачам из регионов получить консультативную помощь? И как долго придётся её ждать?

— С точки зрения технического обеспечения это происходит так: медицинская организация подает заявку через телемедицинскую

систему. Заявки делятся на три вида: экстренные, плановые и неотложные. Определены временные промежутки, которых мы должны придерживаться. Экстренные консультации мы проводим в течение нескольких часов, неотложные — в течение суток, а плановые консультации — в течение пяти дней.

Сейчас мы активно ездим по регионам и всегда интересуемся: есть ли там проблемы с доступностью телемедицинских консультаций. Но уже очевидно, что региональные медучреждения отлично освоили этот инструмент. В два с лишним раза увеличилось количество консультаций. Значит, возможностей связаться с федеральным центром и получить помощь стало значительно больше.

Самое интересное, что в регионах — особенно в отдаленных — очень активно развиваются внутрирегиональные медицинские консультации. Например, недавно мы были в Ханты-Мансийском автономном округе. Там Окружная детская клиническая больница очень активно занимается телемедицинскими консультациями медицинских организаций, которые находятся в субъекте. Они наблюдают всех тяжелых пациентов, постоянно находятся в контакте с медицинскими организациями первого, второго уровней. Это очень важно. И такая работа выходит на очень высокий уровень. Сегодня необходимо обеспечить возможность проведения ТМК в каждом фельдшерско-акушерском пункте.

— С чем вы связываете рост числа телемедицинских консультаций?

— Регионы поняли, что это эффективно, приносит пользу и помогает с ведением пациентов. Они получили возможность быстро, без вызова специалиста к себе, без транспортировки пациента в другой регион, получить полный набор консультаций для ведения данного пациента.

Также это реально упрощает вопросы перевода пациента в другое медицинское учреждение. Раньше это занимало длительное время. Теперь проводится ТМК и сразу же назначается дата госпитализации. Мы можем констатировать, что у нас порядка 35% консультаций заканчивается госпитализацией пациентов в нашу клинику. Бывают случаи, когда наши специалисты выезжают в регион. Например, если ребенок нетранспортабельный, или его нужно перевести силами наших специалистов с использованием санитарной авиации.

— Каковы перспективы телемедицины в нашей стране? Может ли она полностью заменить, к примеру, повторные приемы и динамическое наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями?

— Полностью заменить, конечно, не сможет, а вот частично — да. При динамическом наблюдении за пациентами это достаточно большое подспорье. Думаю, что с развитием технологий, произойдет расширение непосредственно телемедицинских консультаций с врачом, большее распространение получит дистанционная передача данных. Перспективы достаточно серьезные.

На региональном уровне уже довольно активно используется дистанционный контроль ЭКГ, артериального давления пациентов. Показания в автоматическом режиме передаются в центр, который отслеживает состояние больного. Врач может выйти с пациентом на связь, спросить не появились ли какие-то дополнительные жалобы или симптомы. Это упрощает возможность контакта между врачом и пациентом, снижает временные затраты. Но такая схема возможна, только если врач ужеочно наблюдал пациента в течение какого-то времени — тогда он может правильно интерпретировать изменение показателей.

Врачам СПбГПМУ удалось восстановить просвет гортани трёхмесячному ребёнку

Уникальная операция позволила малышу с рубцовым стенозом гортани избежать наложения трахеостомы и начать полноценно дышать

Мальчик по имени Богдан родился в Нижнем Новгороде. Ребёнок появился на свет раньше срока — на 28-й неделе — и весил всего 990 граммов.

— С первых минут жизни он был на аппарате искусственной вентиляции лёгких. А когда всё-таки начал дышать самостоятельно — то дышал очень тяжело и шумно, — рассказала молодая мама Юлия.

Симптомы были вызваны осложнением длительной ИВЛ — рубцовым стенозом гортани. Просвет дыхательных путей у мальчика сузился до двух миллиметров. Ребёнок страдал от гипоксии, не прибавлял в весе, а любое ОРВИ могло закончиться для него фатально.

Такое состояние было бы абсолютным показанием к наложению трахеостомы — дополнительного отверстия в трахее, которое позволяет дышать в обход стенозированного участка. Но в ходе телемедицинской консультации было принято решение перевести маленького пациента в СПбГПМУ. Специалисты Педиатрического университета применили инновационную методику лечения, которая позволила избежать постановки трахеостомы.

Ребёнку выполнили эндоскопическую ларингопластику с баллонной дилатацией. Хирург сначала надсек края рубцовой мембранны лазером, а затем расширил просвет гортани с помощью баллона до необходимого диаметра.



Ирина Мизникова, Мария Захарова и спасенный пациент с мамой

На момент операции ребёнку было 3 месяца, он весил 3,5 килограмма.

— Наша кафедра многие годы занимается разработкой методов восстановительной хирургии гортани. Но этот случай стал нашей новой ступенью — пациентам такого возраста и с таким весом подобные операции в России ещё не выполнялись, — сообщила хирург-оториноларинголог, доцент кафедры оториноларингологии СПбГПМУ **Мария Захарова**.

Она также отметила, что данное вмешательство выполняется эндоскопически, без наружных разрезов. Поэтому у ребёнка не останется шрама.

— Особенность операции ещё и в том, что во время её требуется остановка дыхания пациента. Экспозиция идёт порядка минуты с контролем сатурации. Поэтому огромное значение тут имеют согласованные действия хирурга и анестезиолога-ре-

аниматолога. Любая неточность или несвоевременность наших действий может стоить жизни пациенту. Я не могу не отметить высокопрофессиональную работу анестезиологов — Ольги Мурашовой, Андрея Вагина, Евгения Гречко и наших медсестёр, — добавила **Мария Захарова**.

После операции Богдан быстро пошёл на поправку. Если раньше он питался через зонд и почти не прибавлял в весе, то теперь перешёл на обычный для его возраста режим кормления и уже прибавил полтора килограмма. Новый год и Рождество Юлия с малышом встретят уже дома, в Нижнем Новгороде.

Методы восстановительной хирургии гортани на кафедре оториноларингологии СПбГПМУ начали разрабатывать более 20 лет назад, по инициативе выдающегося детского отоларинголога профессора **Эдуарда Цветкова**. Эта работа продолжается и сегодня — уже под руководством нынешнего заведующего кафедрой **Павла Павлова**.

Приоритет восстановления просвета гортани при постинтубационных стенозах подголосового отдела с использованием эндоскопической лазерной ларингопластики с баллонной дилатацией также принадлежит Педиатрическому университету.

В СПбГПМУ проводится около 80 ларинготрахеопластик в год, примерно половина из них — именно при рубцовых стенозах.

СУРОК С РОДОСЛОВНОЙ: как грызун поселился в СПбГПМУ?

Чучело тарбагана — талисман кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии. Во время лекций о чуме сурок служит наглядным пособием. Студентам, которые сдают экзамен на «отлично» разрешается погладить его пушистую шерстку. Но зверёк не так прост, как кажется на первый взгляд: о богатой истории этого экспоната нам рассказал профессор, доктор медицинских наук Александр Королюк.



Профессор Королюк во время лекции

— Он нас интересует как резервуар и переносчик возбудителя чумы. Сурок является ещё предметом охоты, и добывают его довольно часто — с целью получения питательного мяса и жира, который считается целебным, — говорит профессор.

В какой момент обитатель Южно-Сибирских и Манчжурских степей переселился на

Стоял он тут с незапамятных времён, как мне объяснили. И, так же как и в наши дни, использовался на лекциях о чуме, — вспоминает Александр Королюк.

В 1991 году профессор посетил заседание в Институте экспериментальной медицины, посвящённое 125-летию выдающегося эпидемиолога — Даниила Кирилловича Заболотного (именно он, кстати, открыл роль тарбаганов в переносе возбудителя чумы).

— Вдруг на экране я увидел фотографию: Даниил Кириллович в окружении своих сотрудников, а на столе перед ним — такое же чучело сурка, как у нас. Я попросил прислать мне это фото, увеличил его и убедился: это тот же самый тарбаган. Более того: была видна бирка его подставке, на которую я раньше не обращал внимания. А на ней абревиатура: «ВИЭМ» — Всесоюзный институт экспериментальной медицины. Стало ясно, что это не просто чучело, а исторический артефакт, — вспоминает профессор.

Сотрудники кафедры решили привести ценный экспонат в надлежащий вид. После довольно длительных поисков нашли в Зоологическом музее лучшего таксiderмиста, который взялся отреставрировать чучело. Зверьку поправили «прическу» и «маникюр» и с тех пор бережно хранят, оберегая от пыли и прямых солнечных лучей.

— Мы до сих пор не знаем, как он к нам попал. Есть несколько версий, но наиболее правдоподобная, по нашему мнению, что его сюда принёс профессор Виктор Михайлович Берман, — считает Александр Королюк.

До основания в 1932 году Ленинградского Педиатрического института, существовал НИИ охраны материнства и младенчества им. Клары Цеткин. При нём работала бактериологическая лаборатория, которой заведовала Юлия Владимировна Соколова — она есть на снимке с Заболотным. Курировал лабораторию микробиолог мирового уровня Оскар Оскарович Гартха.

— Потом открылся Педиатрический институт, а, вместе с ним — и кафедра микробиологии. В 1935 году её возглавил известный эпидемиолог, ученик Гартха — Виктор Михайлович Берман. Он был вхож в Институт экспериментальной медицины, дружен со многими учёными. Когда создавалась кафедра, он, вероятно, получил от Гартха в дар этого сурка, — полагает Александр Королюк.

А вот то, что сурок якобы находился в противочумной лаборатории форта Александра I в Кронштадте, по мнению профессора, крайне маловероятно.

— Там проходила серьёзная экспериментальная работа, а, значит, должна была быть почти стерильность и строжайшая дисциплина. Никаких лишних предметов туда попасть не могло, тем более, их не разрешили бы оттуда вывезти, — уверен преподаватель.

Так или иначе, сурок, который был знаком с академиком Заболотным, и, вероятно, помогал ему рассказывать о роли своих собратьев в распространении опаснейшей инфекции, теперь стал полноценным участником учебного процесса в СПбГПМУ и любимцем студентов.

АКМАЛЬ СЫДИКОВ: НАУКА ДАЁТСЯ УПОРНЫМ

Выпускник Педиатрического университета возглавил Управление развития науки Минздрава Узбекистана.



Акмаль Сыдиков

Биографию Акмала Сыдикова легко изложить в цифрах и фактах: в 26 лет — кандидат медицинских наук, в 31 — защищает докторскую диссертацию, за 4 года осваивает три медицинских специальности: дерматовенеролога, патоморфолога и онколога. А ещё он автор более 70 научных работ, шести изобретений, пяти учебно-методических пособий, одной федеральной клинической рекомендации, трёх монографий и четырёх руководств.

Глядя на столь внушительный список достижений, начинаешь думать, что этот человек живёт в каком-то своём, параллельном измерении, где в сутках куда больше 24-х часов.

Мы поговорили с Акмалем о его новой работе, о том, как нужно развивать науку, и о том, почему важно заваливать своих учителей вопросами. А заодно попыталась выведать его личный секрет успеха. Вот, что нам удалось узнать.

О том, как попал в Педиатрический университет

— Я родом из Узбекистана. В 2003-м я поступил году в Ташкентский педиатрический медицинский

институт — он ранее назывался Среднеазиатский педиатрический медицинский институт. Через пять лет, на пятом курсе, мне посчастливилось перевестись в наш университет — тогда он ещё был академией. Больше всего мне хотелось обучаться в Санкт-Петербурге. А, так как я учился в педиатрическом институте, то и искал педиатрический вуз с давней историей, с традициями. В Петербург я приехал двадцатилетним мальчишкой, а уехал 33-летним доктором наук.

Я не блестал знаниями в начале учёбы — до пятого курса и перееха. В Петербурге всё поменялось. Когда нет родителей рядом с тобой, когда сам стираешь, сам готовишь, появляется ответственность. Переезд в Санкт-Петербург дал мне всё — и личностные качества и профессионализм.

О выборе специальности

— Во время учёбы мне посчастливилось уехать на практику в университетскую клинику в Берлине. Там я понял, что хочу продолжить обучение именно по специальности дерматовенерология. В Европе и в Америке, эта специальность — одна из самых востребованных. Я вернулся в наш университет, попросился в ординатуру, сдал экзамены в числе первых и два года отучился на кафедре дерматовенерологии под руководством Игоря Александровича Горланова, Дениса Владимировича Заславского, Ларисы Михайловны Леиной и Виталия Прокофьевича Качанова.

В европейских клиниках дерматологи занимаются ещё и патоморфологией — они сами берут биопсию кожи, изучают ткань, под микроскопом. Поэтому я пошёл обучаться в интернатуру на кафедру патологической анатомии. Заведующий кафедры — профессор Руслан Абдуллаевич Насыров — прикрепил меня к доценту кафедры Владимиру Сер-

геевичу Зайцеву. В тот момент он лучше всех на кафедре знал патологию кожи. И вот, сидя с ним рядом, бок о бок, мы смотрели различные препараты кожи, изучали их, он всё мне объяснял и комментировал.

По его совету я попал к Игорю Николаевичу Чупрову, который в тот момент работал в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Ему я очень благодарен, он меня научил, грубо говоря, азбуке дерматопатологии, дерматоонкологии.

О работе над кандидатской

— Я находился то там, то здесь, хотел получить максимум знаний. Моим главным учителем по дерматовенерологии на тот момент был генерал майор медицинской службы, профессор Анатолий Николаевич Родионов. Он был одним из лучших, а, может быть, самым лучшим дерматологом, дерматопатологом ХХ–XXI веков. Его знали и в России, и в мире. Именно он предложил мне тему кандидатской диссертации, которая и в итоге звучала так: «Клинико-морфологическая и иммуногистохимическая характеристика мелкобляшечного и крупнобляшечного парапсoriasis (T-клеточная лимфома кожи)».

Это была сложнейшая тема для ординатора, молодого специалиста, ей мало кто в то время занимался. На сегодняшний день считается, что вопросы изучения лимфом кожи в дерматологии — одни из самых сложных. Я начал собирать материал, опубликовал несколько статей. Мне посчастливилось опять уехать на практику — в университетскую клинику «Charite, Plzen» в Чехию.

Вернувшись, я смог доказать, что достоин быть аспирантом и претендовать на звание кандидата наук. У меня было два научных руководителя — профессор Руслан Абдуллаевич Насыров и профессор Денис Владимирович Заславский. Последнего я называю «учителем моей жизни». Он научил меня практически всему: как общаться с людьми, как реагировать на ту или иную ситуацию, как заниматься наукой.

Так как у меня уже был собран материал, я смог за десять месяцев закончить диссертацию во время обучения в аспирантуре.

Я защищался по теме, где ранее работы выполнялись только профессорами, именитыми учёными. Когда какой-то молодой узбек выходит и начинает доказывать, что он в этом что-то понимает — это очень серьёзный вызов. Помню, на защите мне задали 48 вопросов, и я на все смог ответить. Но, всё равно, 5 человек проголосовали «против», а два — не использовали бюллетени, что тоже считается плохим знаком. Если бы ещё один член диссертационного совета не отдал мне свой голос, то работа не прошла бы защищitu.

Так или иначе, общее число голосов было в нашу пользу. А сразу после защиты ко мне подошли два профессора — в том числе, член-корреспондент РАН Андрей Михайлович Иванов — и предложили мне работу.

Мои руководители открыли мне путь в науку и буквально боролись за мою кандидатскую диссертацию. Помню, на следующий день после защиты они мне сказали: «Акмаль, весь город о тебе говорит». Все это меня так воодушевляло, что захотел сразу сесть за докторскую диссертацию.

О докторской диссертации

— Докторскую диссертацию защищить было гораздо легче. Когда ты аспирант, ты не так хорошо владеешь методологией. А с докторской диссертацией ты уже располагаешь необходимым опытом, поэтому и процесс выполнения работы не представляет такой сложности.

этого заболевания. Наша гипотеза, на данный момент, во всём мире поддерживается и является основой для дальнейших работ.

О работе на стыке наук

— Сегодня нельзя смотреть на любую научную проблему односторонне, нужно расширять диапазон. Я имею три специальности — дерматолог, патоморфолог и онколог. И, хочу сказать, что это очень ценно для меня. Новообразования кожи, лимфомы находятся в зоне ответственности онкологов. Но онкологам подавай настоящую онкологию — где надо резать, химиотерапию назначать. А кожная онкология не всегда сра-



Акмаль с коллегами на конференции

Есть негласное правило: докторская диссертация защищается не меньше чем через пять лет после кандидатской. Мне хотелось за эти пять лет полностью уложиться. Что было непросто.

Если кандидатская диссертация отвечает за решение определённых задач, то докторская диссертация должна решить целую научную проблему. Нам удалось решить проблему ранней диагностики и дифференциальной диагностики различных форм эритродермии.

Эритродермия, как заболевание, мало изучена. Протекает она иногда молниеносно: бывает, что вечером человек засыпает, у него всё нормально, а когда просыпается — 90% его кожных покровов поражены и окрашены в красный цвет. Причина неясна. Что это: хроническое заболевание кожи, как псориаз или атопический дерматит, или реакция на внешние факторы?

Нашей задачей было определить критерии диагностики различных форм эритродермии на основе современных иммуногистохимических и молекулярно-генетических исследований. В результате нашей работы были опубликованы 28 научных статей, получены два патента на изобретения: способы диагностики эритродермии морфологическим и молекулярно-генетическим методами и способ диагностики псориатической эритродермии.

Мы первыми в мире определили критерии дифференциальной диагностики эритродермии на основании рутинного гистологического метода и выявили новый биомаркер псориатической эритродермии. Кроме того, в нашей работе мы разработали гипотезу развития эритродермии и роль кальция в течении

зубого требует. Кожные лимфомы отличаются тем, что сначала они ведут себя неагgressивно, слегка выступают над кожей различными пятнами, бляшками. Но при отсутствии терапии и диагностических методов, эти проблемы, конечно, будут усугубляться. Задача дерматоонкологов — ранняя диагностика и лечение этих болезней.

Этот подход был реализован созданием кафедры дерматоонкологии при Ташкентском государственном стоматологическом институте, где на сегодняшний день являются заведующим кафедрой. Нам впервые в мире удалось объединить эти три специальности. Постепенно мы организуем службу, направления клинической ординатуры, магистратуры.

О должностях в Министерстве здравоохранения Узбекистана

— Ещё в марте этого года я даже не мечтал о возвращении на Родину. Когда мне предложили эту должность, я всю ночь не мог уснуть. Это большая ответственность. Но попытаться улучшить медицинскую науку — это и большая возможность. Поначалу я боялся: одно дело, когда ты оперирующий дерматолог и онколог, практикующий врач. Но тут ты попадаешь на должность, которая предполагает больше бумажной работы.

Оказалось, сидеть в этом кресле не так уж и просто: приходится отстаивать каждый пункт, каждую запятую и точку в своих проектах. Приходишь рано утром, уходишь поздно вечером, и, всё равно, остаются вопросы, которые не успеваешь решить. Ты должен разбираться не только в науке, но и в экономике, в финансах. Это



Маурисио Дуарте (в центре) в операционной ЛПМИ

Начало на стр. 1

сложно, но это и неплохой профессиональный опыт, я считаю.

Я себя ощущаю, прежде всего, врачом, учёным. Мне тяжело в этой роли. Но это палка о двух концах. Если ты просто врач и научный деятель, то твои вопросы не решаются. Если ты работаешь в Министерстве, ты имеешь возможность что-то изменить.

О том, как развивать науку

— Первый этап — переход всех научно-исследовательских и научно-практических центров на базовое (бюджетное) финансирования. Государство в первую очередь должно выделять деньги на научные штаты. У нас клиницисты — как, например, я — должны параллельно заниматься наукой. Это неправильно. Во всём мире делается иначе. Есть научные сотрудники, которые занимаются только наукой. Государство должно финансировать этих людей. В нашей стране мы подготовили законопроект, согласно которому все научные медицинские учреждения — а это 17 научных центров и 4 научно-исследовательских института — должны перейти на базовое финансирование.

При каждом научно-практическом центре должны открыться виварии, где будут проводиться лабораторные испытания на животных. И это должны быть не просто животные, а линейные животные — с одинаковой родословной. Должна быть бесперебойная поставка этих животных и их разведение.

Что касается, реагентов для проведения экспериментов, то мы предлагаем освободить их от налогообложения. В основном, всё сейчас производится за границей. Если мы отменим налогообложение, то будет проще обеспечить бесперебойные поставки этих реагентов.

Четвёртое и самое главное — это внимание к фундаментальным наукам. Без фундаментальной науки нельзя делать прикладную. Что это значит на практике? Это, например, покупка для университетов такого оборудования как конфокальный микроскоп. На сегодняшний день в России всего 3–4 таких аппарата. Каждый стоит 700–800 тыс. долларов, но с его помощью можно делать науку.

О взаимодействии с Альма Матер

— Нам удалось организовать совместную образовательную программу ординатуры по специальному

ности дерматовенерология между СПбГПМУ и Ташкентским государственным стоматологическим институтом. Ординаторы получают как российский, так и узбекский дипломы и сертификаты. В этом году по данной программе смогут начать обучение 5–10 человек.

О секрете успеха

— Я каждое утро просыпаюсь и стараюсь мотивировать себя, чтобы найти что-то новое. Знания даются благодаря упорству. Во время учёбы я не отставал от преподавателей, бесконечно задавал вопросы: почему, почему, почему. Я хотел добиться глубоких ответов. Должны быть люди, которые тебя понимают и поддерживают и очень важно твоя личная настойчивость.

У нас есть много профессоров, которые хотят дать знания. Но многие студенты и молодые специалисты не хотят получать углублённые знания. Почему-то они не торопятся, что-то сделать. А мне хотелось стать самым молодым кандидатом, доктором наук и так далее.

Профессор кафедры дерматовенерологии СПбГПМУ, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ в Северо-Западном федеральном

округе Денис Заславский об Акмале Сыдикове.

— Акмаль мне запомнился тем, прежде всего, что он проявил очень большую настойчивость при поступлении в ординатуру. После окончания университета он очень желал стать дерматологом. На нашу кафедру сложно поступить, очень большой конкурс. Но он прошёл этот отбор. Во время обучения он слышал и слушал своего учителя. Он сумел конвертировать и развить полученные знания, при этом, не забывть своих учителей и возвращаться к ним с новыми идеями.

Многие врачи сейчас хотят стать косметологами. Но косметологов много, а хорошего дерматогистопатолога очень сложно найти, их буквально несколько человек на всю Россию. Я ему посоветовал обучаться в интернатуре по патанатомии и в ординатуре по онкологии. Он услышал мой совет, что можно быть по-настоящему уникальным специалистом.

У Акмали было много зарубежных стажировок. Каждый раз, когда он уезжал за границу, я думал, что он не вернётся,



Денис Заславский

увлекшись работой в европейской стране. Но он каждый раз возвращался, не предавал меня. И у меня была мотивация помочь ему двигаться дальше.

Кроме всех наших научных достижений, нам удалось определить новый способ диагностики лихеноидной реакции кожи. Метод получился неинвазивным — мы не берём биопсию кожи. Об этом симптоме была опубликована большая оригинальная статья в европейском журнале, теперь он носит название «симптом Сыдикова и Заславского».

РОДНАЯ КРОВЬ: реальная история донорства костного мозга

Выпускница СПбГПМУ Алина Корф стала реальным донором костного мозга: её стволовые клетки пересадили другому человеку.

Процедура донорства — анонимная, поэтому о дальнейшей судьбе реципиента девушка до последнего времени ничего не знала.

Эта история началась банально: 16-летний Виктор Калинин из Тверской области поехал отдохнуть на море, а, вернувшись, заболел. Последовала череда госпитализаций и неутешительный диагноз: апластическая анемия, сверхтяжёлая форма.

— Ситуация была критической. Вите переливали кровь, тромбоцитов было всего четыре штуки, при норме 240, — вспоминает Евгения Ланкина — мама Виктора.

Но самое страшное, что состояние её сына быстро ухудшалось, а терапия не давала эффекта. Единственным выходом была трансплантация костного мозга. Никто из близких родственников на роль донора не подошёл.

Алина Корф: «Мы должны выходить из каменного века и не бояться процедуры, которые кому-то стоят счастливой жизни»

Генетическое совпадение с другим человеком — большая удача: шанс примерно 1 на 10 тысяч. С первого взгляда видно, что девушка, выигравшая в этой своеобразной лотерее — личность неординарная. И дело не только в яркой внешности, но и в потрясающей энергетике.

Алина работает педиатром, а в свободное время участвует в самых разных волонтерских проектах.

— Как только мне исполнилось 18 лет, я подумала: настало время, когда я могу стать донором крови, — рассказывает она. А потом задумалась и о донорстве костного мозга: «Мне

объяснили, что сначала нужно пройти типирование и оставить свои контактные данные. А дальше уже неизвестно, понадобится ли кому-то твоя помощь. Я подумала, что это хорошая идея, ни к чему не обязывающая. Мне это ничего не стоит, а кому-то может спасти жизнь. Но родителям я ничего не сказала — как запасной дала телефон подруги».

Именно через подругу представители регистра доноров отыскали Алину пять лет спустя: к тому времени девушка уже сменила номер телефона и думать забыла о том, что кому-то может потребоваться её костный мозг. Но оказалось, что генетический близнец, нуждающийся в пересадке, у неё всё-таки есть.

Алина на процедуру согласилась сразу. А вот реакция окружающих её неприятно удивила.

— Я столкнулась с волной недопонимания.

Общество абсолютно не адаптировано к мысли о донорстве. Люди не могут объяснить, чего они боятся, но эта процедура их очень страшит. Моя семья была напугана, но это я как раз могу понять: они волновались за меня. А вот реакция некоторых коллег просто шокировала. Оказалось, что мифов полно, даже в сознании некоторых медработников.

Специалистам НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии пришлось написать письмо главврачу клиники, где я в тот момент работала, чтобы меня отпустили на две недели, — говорит Алина.

Сама она на практике убедилась, что за здоровьем потен-

циального донора следят очень тщательно: только если все показатели «как у космонавта» разрешают донацию. Разумеется, риски есть — как и при любой другой медицинской манипуляции — но они минимальны.

Процедура проводится двумя способами. Первый — это отбор клеток из периферической крови. Донору вводится препарат, который «выгоняет» стволовые клетки в кровоток. Затем специальный аппарат собирает их через периферическую вену. Такой способ похож на обычное донорство крови, но занимает гораздо больше времени.

Другой вариант — пункция тазовой кости, которая проводится под наркозом. Именно этот метод избрали специалисты НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Горбачёвой (мнение донора, кстати, тоже учитывалось).

— Мне всё подробно объяснили. Не было ни одного момента, когда я не понимала, что со мной происходит. Количество стволовых клеток зависит от массы реципиента. В моем случае получилось довольно много. Гематологи остались довольны, препараты получились хорошие. Отпустили меня в этот же день, вечером. Что касается моего самочувствия, то все неприятные ощущения были связаны с наркозом: было небольшое головокружение. Ну и болезненные ощущения в области, где делали забор клеток. Но это все очень быстро проходит. Прошло 2 года, я жива, никаких проблем у меня со здоровьем нет, — рассказывает Алина.

Новая группа крови

Виктор тоже прекрасно себя чувствует: общается с друзьями, учится в колледже на программиста. Для любящих его людей это выздоровление — настоящее чудо.

— Дети умирали в соседних палатах — и маленькие, и постарше. Всё это очень тяжело было пережить. Мы приняли решение, что во время пересадки с Витей будет папа — у него нервы покрепче. Два месяца он с утра до вечера находился с сыном. Постепенно Вите становилось лучше и лучше: пересадка на него повлияла благотворно. И в ноябре нас отпустили домой, — вспоминает мама юноши.

Конечно, не обошлось без проблем, но сейчас у парня в буквальном смысле началась новая жизнь. С новой группой крови: раньше была первая отрицательная как у

мамы, а теперь — третья положительная как у Алины.

— В донорстве костного мозга нет ничего героического — это нормальный поступок обычного человека. Да, кто-то боится, для кого-то это небезопасно. Я считаю помогать надо тогда, когда ты чувствуешь в себе ресурс и возможность. Я верю, что хороших людей у нас очень много. Я сталкивалась с миллионом замечательных, абсолютно удивительных людей. Хотелось бы, чтобы было меньше страха перед этой процедурой, тогда можно было бы спасти больше людей, — говорит Алина Корф.

О том, как прошла первая встреча двух людей, ставших в буквальном смысле кровными родственниками, смотрите на нашем YouTube-канале.



Евгения, Алина и Виктор

«Salve, magistra», или «Здравствуйте, учитель!»

Латинский язык в медицинских вузах начали преподавать в 30-х годах прошлого века. Прежде необходимости в этом не было – выпускники классических гимназий владели древними языками. В 1932-м эта дисциплина появилась и в учебном плане в СПбГПМУ – в ту пору – Научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества.

Мы встретились с заведующей курсом латинского языка доцентом Анной Михайловной Ивахновой-Гордеевой, чтобы она поделилась своими мыслями, почему языки Цельса и Гиппократа необходимы врачам.

Об истории кафедры

– В 2017 году кафедра латинского языка отметила 85-летие. Как любой живой организм, кафедра имеет свою историю, своих героев, свои легенды. Первым заведующим был Константин Петрович Авдеев – талантливый учёный, книжечкой и библиофилик. Под его руководством латынь преподавали в приближении к гимназическому курсу, читали отрывки из текстов античных и новых авторов – Цельса, Плиния, Пирогова и др. Это имело весьма благотворное влияние на учащихся. Юрий Романович Ковалев (профессор кафедры факультетской терапии им. Валдемана, прим. ред.) вспоминает, что многие студенты, благодаря замечательным лекциям Константина Петровича, начинали учить классическую латынь и читать античных авторов в подлиннике.

Методическую работу на кафедре начала внедрять Людмила Фаддеевна Бенешевич, дочь известного филолога-классика Фаддея Францевича Зелинского. В архиве РАН сохранилось более двухсот рукописных контрольных карточек с заданиями, но, по правде говоря, там медицинской терминологии было не так уж много.

А вот профилизацию предмета – терминологическую направленность – задала Нора Ноевна Забинкова. Она сменила Авдеева в 1967 году и заведовала кафедрой 28 лет. Нора Ноевна вошла в группу разработчиков нового, исключительно терминологического, курса латинского языка. Идеологами революционного подхода были известные филологи-классики – Юрий Францевич Шульц, Максим Наумович Чернявский, Валентина Фёдоровна Новодранова и Валентина Николаевна Катеринич. По созданной ими методике сейчас работают все вузы страны. Структура изучения медицинской терминологии представляет собой три комплекса: анатомическая, фармацевтическая номенклатуры и клиническая терминология. Помимо грамматики латинского языка, студенты в достаточном объёме изучают термины и терминоэлементы греческого происхождения.

О древнегреческом языке

– В Древней Греции медицина стала наукой, оттуда все «учебные пособия». При изучении клинической терминологии без греческого не обойтись. Греческий язык очень



гибок, в основе словообразования лежит сложение основ, что даёт безграничные возможности облекать в языковые формы новые понятия, явления, идеи. Кто-то подсчитал, что знание пятисот греческих терминоэлементов даёт возможность понимания пятнадцати тысяч терминов.

Римляне покорили Элладу, но сами попали в плен мощной греческой цивилизации. «Греция, взятая в плен, победителей диких пленила, в Лаций суровый внесла искуства...», – точнее Горация не скажешь. Греческими рабами в Риме стали не только ремесленники, но и учёные – астрономы, математики, врачи – instrumentum vocale. Практикующими врачами в Риме были в основном греки. Греки учили и лечили. Латинский язык наполнился греческими заимствованиями.

О латинском языке

– После падения Римской Империи латинский язык не утратился, он был понятен большей части населения современной Европы, стал языком юриспруденции, ре-

лигии, науки. На латинском языке писались научные трактаты и учебники. В эпоху Ренессанса просветители делали попытки вдохнуть в него жизнь, чем укрепили его положение. Россия испытывала огромное влияние античной и византийской образованности, эти связи осуществлялись как живым, так и книжным путём, необходимость знания древнегреческого и латинского языков была воспринята в XV веке и закрепилась вплоть до 1917 года. Классические гимназии, университеты... даже преподавание анатомии в Императорской Медико-Хирургической Академии и в Дерпте в первые десятилетия велось на латинском языке. Николай Иванович Пирогов защищал диссертацию на латинском. Таким образом, очевидно прослеживается историческая закономерность создания терминологической системы на базе классических языков.

Об учениках

– Самое главное, когда ты входишь в группу – любить студентов. Если любишь – они ответят

тебе и будут хорошо заниматься, будут правильно воспринимать и назидания, и нравоучения, и даже взбучки.

Раньше на занятиях я успевала больше, потому что группы были меньше и студенты другие. Им хотелось от меня получать больше интересного. Мы учили пословицы, читали и переводили Gaudemus, Ave María – слушали музыкальные шедевры в записи, в музее ходили, ездили в Павловск, Пушкин, Стрельну.

А вот студенты 2000-х годов охладили мой пыл. В первый раз я столкнулась с равнодушием, когда предложила группе выбрать записывать пословицы или закончить занятие на несколько минут раньше. Пожелали уйти... Стала повторять этот вопрос во всех группах и слышала один и тот же ответ. На протяжении 10–15 лет.

Сегодня я очень рада, что ко мне возвращаются студенты, которых люблю. Они с желанием и благодарностью воспринимают крупинки гуманитарного наследия, всё, чем могу обогатить их за

короткое время общения, будь то афоризмы или пословицы, греческие мифы или стихи... Слушают с замиранием – лучшая награда! В атмосфере доверительности и взаимного интереса намного легче давать профессиональные знания.

8 декабря у Анны Михайловны юбилей. Коллектив кафедры иностранных языков с курсами русского и латинского языков сердечно поздравляет её с этой знаменательной датой и желает успехов в профессиональной деятельности, здоровья, благополучия и оптимизма!

Старший преподаватель кафедры иностранных языков с курсами русского и латинского языков **Ксения Корюк**:

– Анна Михайловна – замечательный наставник с неистощимым запасом эрудиции. В течение многих лет она знакомит студентов с языком медицины, открывает для них возможность узнать и полюбить античное наследие, поощряет их собственные шаги в науке, а также стремление расширять и совершенствовать собственные знания.

Мне кажется, что об Анне Михайловне можно сказать словами Томаса Манна: «Здесь я не могу отказать себе в удовольствии обронить хотя бы мимоходом несколько слов о внутренней, почти таинственной связи классико-филологических интересов с любовью к красоте и разуму человеческому, – связи, заявляющей о себе уже в том, что учёных-античников называют гуманистами, но главное в том, что внутреннее родство языковой культуры и гуманитарных знаний венчается идеей воспитания, призвание педагога как-то само собой вытекает из приверженности к классической филологии.»

Старший лаборант курса латинского языка **Лидия Романова**:

– Я работаю с Анной Михайловной с 2001 года. Анна Михайловна – прекрасный педагог и наставник молодых преподавателей. Благодаря ей молодая смена преподавателей остаётся работать в нашем университете. Должна отметить, что Анна Михайловна внимательно относится к лаборантскому составу. За все годы моей работы под её руководством все проблемы решаются с позиции рационального и удобного подхода.

Она обладает огромным чувством такта. Благодаря Анне Михайловне в коллективе сохраняются доброжелательные отношения, что создаёт хорошую рабочую обстановку.