

ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ САПЁРОВ: «БУДУЩИЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОСВОИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ЭТИКУ И СЛЕДОВАТЬ ПРИНЦИПАМ ЭТОЙ НАУКИ ВСЮ СВОЮ ЖИЗНЬ»

2014-й подходит к завершению, и уже можно подвести некоторые итоги. Поделиться успехами и впечатлениями от уходящего года мы попросили Владимира Николаевича Сапёрова — доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ, почётного работника высшего образования России, отличника здравоохранения СССР, заслуженного профессора Чувашского государственного университета.

Владимир Николаевич, каким 2014 год был лично для Вас и для возглавляемой Вами кафедры?

Важнейшим событием уходящего года для меня и для кафедры является издание моего учебного пособия «Медицинская этика». Книга получила гриф Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России и, следовательно, рекомендована в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов страны. Она написана в соответствии с существующей программой по медицинской этике (биоэтике) и охватывает все аспекты этой сложной дисциплины. Всего в книге 14 глав. Мое знакомство с существующей учебной литературой по медицинской этике (биоэтике) позволяет говорить, что до настоящего времени отсутствовали учебные пособия, где бы давалось цельное представление о необходимых для будущего врача деонтологических принципов и правил как по отношению врача к пациенту, так и по взаимоотношению врачей между собой и другим аспектам медицинской этики. Возможно, это связано с тем, что биоэтику преподают и пишут учебные пособия в основном философы. Я надеюсь, что мое пособие хотя бы частично восполнит этот пробел. Поскольку учебное пособие написано клиницистом-терапевтом, каждое положение книги иллюстрируется клиническими примерами. Я настолько проникся деонтологическими аспектами работы врача, что для меня медицинская этика стала не хобби, а второй специальностью.

Другим значительным событием уходящего года стало получение сотрудниками нашей кафедры диплома за учебное пособие «Практические навыки и неотложная терапия в клинике внутренних болезней» в номинации «Лучшее учебное издание по естественным наукам» на межрегиональном конкурсе «Университетская книга». Эта книга была издана в 2013 г.

издательством Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова. Её авторами являются 13 преподавателей кафедры, мною написана лишь большая часть пульмонологических аспектов. Главной моей задачей было редактирование написанного материала, а эта работа порою бывает более трудной, чем писать самому «с чистого листа». Книга получила высокое признание студентов, интернов, ординаторов и врачей, а это для авторов является даже более высокой наградой, чем получение диплома на межрегиональном конкурсе «Университетская книга-2013». В библиотечном абонементе книга почти всегда отсутствует, т.к. находится на руках у студентов, и почти все экземпляры уже выглядят весьма потрепанными, что свидетельствует о их постоянном использовании. И — это самое главное — интерны и ординаторы создали инициативную группу для обеспечения 2-го издания данного учебного пособия *за свой счёт* в издательстве Чувашского госуниверситета, чего на моей памяти никогда не было.*

Успехи работы кафедры отмечаются также защищёнными диссертациями. В этом году у нас на кафедре защищена всего 1 кандидатская диссертация под руководством профессора кафедры И.В. Мадянова. Игорь Вячеславович является не только моим студентом, но и моим учеником как по кандидатской, так и по докторской диссертации. Поэтому «новоиспечённый» кандидат медицинских наук является моей научной (духовной) внучкой. А рождению внуков, как известно, радуются не меньше, чем рождению собственных детей. Кстати, у И.В. Мадянова такое же количество диссертантов, как у меня, а скоро будет значительно больше, и это меня радует: ученики должны превзойти своих учителей, иначе остановится прогресс науки.

* Здесь надо сказать, что интерны и ординаторы уже не имеют права получать книги в библиотечном абонементе университета, они пользуются услугами республиканской медицинской библиотеки, где данное учебное пособие отсутствует.



БИОГРАФИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Владимир Николаевич Сапёров родился в 1931 г. в Чебоксарах. В 1955 г. с отличием окончил лечебный факультет Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова. Работал в сельской участковой больнице, врачом-ординатором терапевтического отделения Республиканской больницы Минздрава Чувашской АССР, с 1962 по 1974 г. — на кафедре факультетской терапии Пермского медицинского института, пройдя путь от ассистента до профессора. В 1962 г. защитил кандидатскую диссертацию «Изменения сывороточных белков и липоидов при хронической неспецифической пневмонии», в 1972 г. — докторскую диссертацию «Клинико-физиологическое обоснование применения индуктотермии, электрического поля УВЧ и микроволновой терапии при хронической пневмонии». С 1974 г. является заведующим кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» (теперь госпитальной терапии № 1 с курсом фтизиатрии). В 1976 г. В.Н. Сапёров получил звание профессора. С 1974 г. является председателем Чувашского республиканского научного медицинского общества терапевтов.

В.Н. Сапёровым опубликовано более 550 печатных трудов: научных статей, учебных пособий, методических рекомендаций, монографий. Под руководством и при консультации Владимира Николаевича защищено 4 докторских и 31 кандидатская диссертация.

Когда Вы решили, что хотите стать именно врачом? Что подвигло Вас выбрать этот сложный профессиональный путь?

Желание стать врачом у меня созрело в начале 10 класса. По-видимому, в основе этого решения лежали такие черты моего характера, как склонность к конкретному (а не абстрактному) мышлению, любовь к изучению наук, связанных с различными проявлениями жизни, особенно с изучением человеческого организма. Не помню, чтобы в основе этого решения лежало желание приносить помощь людям и облегчать их страдания, хотя не исключается, что эти мотивы были где-то в глубине сознания. Основную же роль в принятии моего решения о выборе профессии сыграло влияние старшей сестры и мамы.

Моя сестра — участница Великой Отечественной войны (в качестве военврача) — после войны работала акушером-гинекологом и заведующей крупным родильным отделением. Её рассказы о работе, о необходимости принимать быстрые и правильные решения для спасения двух жизней (роженицы и ребёнка), о том удовлетворении своей трудной, но почётной и ответственной работой, увлекали меня и глубоко оседали в моем сознании. Мне казалось тогда, что работа врача — самая полезная из всех профессий.

Моя мама в 1917 г. окончила гимназию, а в 30-х гг. — фельдшерскую школу. Она никогда не думала о работе по специальности (была домохозяйкой), училась «для себя», полагая, что медицинские знания окажутся полезными для многодетной матери. Однако когда в 1937 году репрессировали отца (затем его реабилитировали), она была вынуждена трудоустроиться и длительное время проработала старшей медицинской сестрой. Мама очень много говорила о привлекательности врачебной профессии, рассказывала о различ-

ных клинических случаях, которые она видела в отделении, но главное (в этом я теперь совершенно уверен), ей очень хотелось, чтобы я стал врачом. В этом проявился один из жизненных принципов: родители всегда хотят своим детям большего счастья, чем себе.

Кого Вы считаете главными учителями в профессии? За что Вы им особенно благодарны?

Своими учителями в профессии я считаю всех профессоров — заведующих терапевтическими кафедрами Горьковского медицинского института: Константина Георгиевича Никулина (пропедевтика внутренних болезней), Александра Исаевича Гефтера (факультетская терапия), Вадима Габриэлевича Вогралика (госпитальная терапия) и преподавателей, которые вели нашу группу на этих кафедрах. Среди них можно выделить ассистента, к.м.н. Гитту Соломоновну Айзен, которая на протяжении всего VI курса одинаково хорошо проводила с нами клинические разборы больных по всем темам терапевтического профиля.

Что дали мне мои учителя? Если говорить только о главных моментах, то благодаря профессору К.Г. Никулину я уже на студенческой скамье прочно усвоил *методически правильное клиническое обследование больного* (что является основой врачевания), необходимость выявления всех, даже на первый взгляд незначительных клинических симптомов, прежде чем переходить к постановке предварительного диагноза и проведению дифференциальной диагностики.

У профессора А.И. Гефтера была своя методика чтения лекций. Они отличались *глубоким клиническим разбором тематического больного*. Проводился *семиологический анализ жалоб*, т.е. анализ с учётом их происхождения и клинической значимости. Так, например,

при наличии у больного одышки Александр Исаевич перечислял все патофизиологические механизмы её происхождения и путём исключения в результате детального анализа останавливался лишь на одном варианте, соответствующем данному случаю. На основании семиологического анализа жалоб с учётом анамнеза и *семиологического анализа объективных симптомов* выставлялся предварительный диагноз, после чего проводился дифференциальный диагноз по ведущему синдрому. Методика диагностики заболеваний путём семиологического анализа выявленных у больного жалоб и объективных симптомов является более совершенной, чем традиционная методика (диагностика по аналогии), и я использую её при клиническом разборе больных со студентами и врачами.

Профессор В.Г. Вогралик обладал широким терапевтическим кругозором; мы, студенты, были убеждены, что он одинаково хорошо владеет как всеми разделами терапии, так и смежными специальностями, в частности эндокринологией, инфекционными заболеваниями, неврологией, «малой» психиатрией. Для прохождения субординатуры я был зачислен на кафедру госпитальной терапии. Во время клинических разборов больных, которые еженедельно проводились с субординаторами, В.Г. Вогралик вызывал у студентов восхищение своей «виртуозностью» в диагностике в самых сложных и запутанных случаях, глубокими знаниями патофизиологических и биохимических изменений при том или ином заболевании. Наряду с этим мы учились у Вадима Габриэлевича чётко и ясно излагать свои мысли, «железной» логике рассуждений, правильной дикции.

Поражает широта Ваших научных интересов: терапия, пульмонология, гематология, иммунология, медицинская этика, физиотерапия. Эти дисциплины интересовали Вас с самого начала, или они постепенно «присоединялись» в процессе работы, профессионального роста?

Действительно, диссертации под моим руководством и при моей консультации защищены по внутренним болезням, кардиологии, пульмонологии, ревматологии, гематологии, аллергологии и иммунологии, эндокринологии, патологической физиологии и даже по нервным болезням. Безусловно, все эти дисциплины близки мне как терапевту, а подавляющее большинство их являются составной частью терапии. В практической работе (как врач, консультант или преподаватель) я не выделяю ни одну терапевтическую специальность, оставаясь врачом-терапевтом широкого профиля. Но не этим объясняется довольно широкий диапазон диссертационных тем. Частично это связано с личными предпочтениями диссертанта – ассистента или врача, которые к тому же при планировании работы уже имели определённый задел. В этих случаях мне приходилось вникать в данную проблему и помогать диссертанту завершить работу.



В.Н. Сапёров читает лекцию по факультетской терапии студентам Чувашского госуниверситета (1972 г.).

Но в основном диапазон диссертационных тем связан с особенностями педагогического процесса. Ведь основная масса преподавателей кафедры работают со студентами VI курса и проводят преподавание по цикловой системе. В соответствии с этим они и лечебную работу выполняют в специализированных отделениях. Естественно, что научная работа должна выполняться также на базе этих отделений. Таким образом, широкий разброс диссертационных тем и связанных с этим моих интересов объясняется спецификой работы преподавателей кафедры, а мой статус терапевта широкого профиля помогает мне справиться с этой задачей.

Многие Ваши работы посвящены пульмонологии. Что Вы считаете главной проблемой современной пульмонологии? Как изменился за последние годы портрет пульмонологического больного?

Действительно, пульмонология является первой среди равнозначных для меня других терапевтических дисциплин. Главными проблемами современной пульмонологии, на мой взгляд, являются высокая распространённость и трудности лечения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), не уменьшающаяся летальность от пневмонии (как внебольничной, так и нозокомиальной) и неудовлетворительная (лучше сказать — плохая) диагностика интерстициальных заболеваний лёгких.

ХОБЛ — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. В качестве причин стойкой утраты трудоспособности и смертности в возрастной группе старше 45 лет ХОБЛ занимает 4-е место после сердечно-сосудистых болезней, рака лёгких и цереброваскулярных заболеваний. При этом ХОБЛ является единственным заболеванием, при котором эти статистические показатели продолжают

увеличиваться. К 2020 г. ожидается, что смертность от ХОБЛ будет находиться на 3-м месте. В борьбе с ХОБЛ главные надежды возлагаются на профилактику, прежде всего, на отказ от курения, потому что лечение этого заболевания малоперспективно: в лучшем случае можно рассчитывать только на купирование обострения заболевания и небольшое замедление прогрессирования патологического процесса.

Трудности лечения пневмоний и сохраняющаяся значительная летальность при этом заболевании наблюдаются во всех странах. Это связано в основном с увеличением резистентности возбудителей этого заболевания* к антибиотикам, поздним обращением больных к врачу и запоздалым началом лечения, иногда с ошибочной диагностикой заболевания. Наряду с этим неблагоприятный исход болезни может быть связан с неправильным выбором стартового режима эмпирической антимикробной терапии, не соответствующим Национальным рекомендациям. Наблюдения пульмонологов, в том числе и наши, показывают, что неправильный выбор антибиотиков для стартовой терапии наблюдается не менее чем у 30–40% больных. Между тем, коррекция антимикробной терапии даже через 1–2 дня уже не в состоянии улучшить прогноз больного пневмонией.

Ошибки при диагностике (конкретно — гиподиагностика) интерстициальных заболеваний лёгких, по-видимому, являются наиболее частыми во внутренней патологии, а, возможно, и во всей клинической медицине. По данным профессора М.М. Ильковича, они достигают 80%. По моим наблюдениям, заболевания этой группы диагностируются почти исключительно пульмонологами. Наряду с этим симптоматические (вторичные) интерстициальные синдромы при системных заболеваниях соединительной ткани хорошо распознаются ревматологами, токсический фиброзирующий альвеолит, связанный с применением противоопухолевых препаратов, — онкологами. Между тем, терапевты, в том числе терапевты первичного звена, к которым первоначально обращаются эти больные, как правило, не распознают данную патологию и длительно ведут больных с другими диагнозами (чаще с диагнозом ХОБЛ). За последние 3 года мы вместе с доцентом-пульмонологом И.И. Андреевой наблюдали 12 больных с идиопатическими (первичными) интерстициальными пневмониями, а именно с идиопатическим лёгочным фиброзом, неспецифической интерстициальной пневмонией, криптогенной неспецифической пневмонией и респираторным бронхиолитом, ассоциированным с интерстициальным заболеванием лёгких. Во всех этих случаях больным ставились другие диагнозы, и они по рекомендации знакомых врачей — наших бывших студентов — вышли на

нас самостоятельно. Исключительно редко ставится диагноз экзогенного аллергического альвеолита, к которому относятся «лёгкое фермера» и «лёгкое птицевода», хотя эта патология наблюдается у 5–7% контактирующих с заплесневелым сеном и ухаживающих за птицами.

Если говорить об изменении портрета пульмонологического больного, то мы сейчас не видим больных бронхиальной астмой со свистящими хрипами в груди, слышимыми на расстоянии. Уже много лет мы не наблюдаем так называемого астматического статуса (тяжёлого обострения астмы). Всё это связано с внедрением в практику ступенчатой схемы терапии бронхиальной астмы, основу которой составляют ингаляционные глюкокортикостероиды.

Далее, практически исчезли из поликлиники и стационаров больные бронхоэктатической болезнью и хроническими абсцессами лёгкого, что связано с успехами лечения пневмоний в детском возрасте и торакальной хирургии.

Наряду с этим повысился образовательный уровень пульмонологических больных. Подавляющее большинство больных ХОБЛ и бронхиальной астмой понимают, для чего нужен спейсер, научились пользоваться различными системами ингаляторов (ДАИ, порошковые), умеют оценивать динамику своего состояния по клиническим данным и показателям пикфлоуметра для того, чтобы провести коррекцию терапии. Некоторые больные имеют небулайзеры и умеют им пользоваться.

Владимир Николаевич, хотелось бы несколько подробнее поговорить о медицинской этике. Что Вы вкладываете в это понятие? Совпадает ли нынешнее представление о медицинской этике с тем, о котором в своё время говорили Ваши учителя?

Чтобы было более понятно, я вначале скажу, что такое мораль. Мораль (лат. *mores* — нравы) или нравственность — это совокупность правил и обычаев (точнее, норм и принципов), регулирующих обязанности людей по отношению друг к другу и к обществу и поддерживаемых силой общественного мнения. Наука о морали называется этикой.

Совокупность исторически сложившихся нравственных норм и принципов, вытекающих из задач врачебной профессии, составляет сущность врачебной морали, а наука о врачебной морали называется врачебной этикой. Врачебная этика — это часть, хотя и наиболее существенная, *медицинской этики*, к которой, помимо врачебной этики, относят этику среднего медработника (фельдшера, акушерки, медицинской сестры) и санитарки, а также отношение врача к среднему и младшему медперсоналу. Таким

* Правильнее говорить — «этих заболеваний», потому что пневмонии, вызванные различными возбудителями, — это различные нозологические формы.

образом, медицинская этика является более широким понятием, чем врачебная этика. Именно эту науку должен хорошо освоить будущий врач и следовать этим принципам всю свою жизнь.

К сожалению, в годы моей учебы в институте медицинскую этику нам не преподавали. Мы наблюдали и усваивали то, как наши преподаватели разговаривают с больными, врачами, средним и младшим медперсоналом, и считали, что этого достаточно для будущей работы. Но это не так. Как пишет основоположник отечественной онкологии и специалист по медицинской этике профессор Н.Н. Петров, задачей медицинской этики (деонтологии) является «повышение эффективности работы врача и других медработников и максимальное устранение вредных последствий медицинской деятельности». А для этого необходимо систематическое изучение этой сложной и очень необходимой для врача дисциплины.

Представления о медицинской (врачебной) этике за последние 50–60 лет практически не изменились, однако содержание её существенно расширилось. К круту прежних вопросов медицинской этики добавилось много новых, вытекающих из современных достижений медицинской науки и практики. В их числе — деонтологические требования, связанные со специализацией медицины, диагностической и терапевтической «агрессией», пересадкой органов и тканей, проведением клинических исследований на человеке, с новыми медицинскими технологиями (лечение стволовыми клетками, использование вспомогательных репродуктивных технологий, проведение генетических исследований).

Если говорить об изменениях в системе здравоохранения в нашей стране, что Вас беспокоит, а что вселяет оптимизм?

Настораживает, прежде всего, сокращение коечного фонда и врачебных должностей во многих лечебных учреждениях, ликвидация большого количества больниц, особенно сельских участковых. Дело дошло до того, что в некоторых районных больницах ликвидированы родильные отделения, и их функции переданы межрайонным больницам. Соответственно, добраться до них стало сложнее, и наблюдаются случаи, когда роды происходят «в дороге».

Наряду с этим мне не понятно все большее и большее открытие офисов врачей общей практики в крупных городах. Зачем там нужны такие офисы, если на расстоянии 400–500 м имеется современная поликлиника, где выполняются все необходимые лабораторные и инструментальные диагностические исследования? Другое дело — офисы врача общей практики в сельской местности: там они нужны, но и на селе они не могут заменить сельскую участковую больницу. Для доказательства этого положения



После заседания студенческого научного кружка на кафедре факультетской терапии Пермского медицинского института (1965 г.). В.Н. Сапёров в первом ряду в центре, справа от него асс. Е.В. Модестова

приведу примеры из опыта моей работы в сельской участковой больнице на 25 коек, где был родильный блок на 4 койки.

Помню, в ночное время привезли женщину после криминального аборта с продолжающимся кровотечением. Состояние её было тяжёлым, она не отвечала на вопросы, развивалась анемическая кома. Зная, что в этих условиях только срочная (все решали минуты!) удаление из матки остатков плодного яйца может прекратить кровотечение, я выполнил абразию. Параллельно для улучшения гемодинамики проводилась инфузионная терапия (крови и кровозаместителей у нас не было). Кровотечение прекратилось, и женщина постепенно поправилась.

Вскоре после этого случая в больницу поступила роженица с двойней. Роды начались ещё в домашних условиях и вскоре после поступления родился первый ребёнок. При осмотре оказалось, что второй плод находится в поперечном положении. Из учебников по акушерству я знал, что в большинстве случаев происходит самопроизвольный поворот плода на головное предлежание. Если же в течение 30–40 минут (максимум!) этого не происходит, то необходимо проводить «поворот плода на ножку». Однако у женщины после кратковременного затишья (не более 7–10 минут) схватки возобновились и стали настолько сильными, что создалась реальная угроза разрыва матки. Решено *без промедления* произвести «поворот плода на ножку». После выполнения этого пособия женщина быстро разрешилась вторым ребёнком.

Теперь в том селе, где была «моя» сельская участковая больница, функционирует офис врача общей практики, где работает замечательный врач (этот отзыв принадлежит не мне, а главному терапевту-пульмонологу Минздрава РФ академику РАН Александру Григорьевичу Чучалину, с которым мы вместе посе-

тили этот офис в 2012 г.). Однако у неё нет условий для оказания *всесторонней помощи населению* прикреплённого участка. В связи с этим у первой больной (с криминальным абортom) в условиях офиса врача общей практики не было бы никаких шансов на спасение; весьма сомнительным был бы прогноз для жизни и у второй пациентки (роженицы).

Меня настораживает также «бумажный вал», который сейчас существует в медицине, особенно у врача-терапевта первичного звена (участкового терапевта и врача общей практики). Особенно резко увеличился поток отчётности в 2010 г. Теперь он включает 19 ежедневных отчётов и карт, 9 ежемесячных журналов, 3 ежеквартальных, 6 ежегодных серьёзных «бумаг» и 5 периодически заполняемых отчётов по работе с привилегированными пациентами, т.е. всего 42. Количество единиц информации за последние годы увеличилось в 10 раз (!). В связи с этим, как показало анкетирование терапевтов первичного звена, на больного (первичного и вторичного) вместо положенных 15–12 минут остаётся 3,9–5,1 минуты, т.е. 1/3 выделяемого на больного времени. Работа терапевта первичного звена становится непрестижной, несмотря на то что государство выделяет значительную дотацию на зарплату. Этим объясняется тот факт, что из 50 человек, окончивших за последние 3 года интернатуру и ординатуру по терапии при нашей кафедре, *никто (!)* не изъявил желание работать участковым терапевтом при наличии большого количества вакансий на эту работу. И ситуация вряд ли изменится к лучшему, если существенно не уменьшится «бумажная составляющая» в работе участкового терапевта. По предложению главного терапевта Северо-Западного Федерального округа члена-корреспондента РАН Глеба Борисовича Федосеева я сделал доклад на Пленарном заседании конгресса терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ на тему «Трудности работы терапевтов первичного звена. Что делать?» и опубликовал статью на эту тему в одном из центральных медицинских журналах. Я вник в эту проблему и утверждаю, что сократить «бумажный поток» в работе терапевтов первичного звена не представляет никаких трудностей.

Вселяет оптимизм широкое развитие специализированной медицинской помощи. В Чебоксарах успешно функционируют филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» (это первое учреждение такого рода, организованное акад. С.Н. Фёдоровым на «периферии») и Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования суставов. Но мне ближе по духу сосудистые центры, в частности, сосудистый центр при Республиканской клинической больнице.

И когда на клиническом разборе больного со студентами и врачами в аудитории или учебной комнате мы показываем у больного острым коронарным синдромом или ранними стадиями инфаркта миокарда коронарограмму, демонстрируем сужение на 90–95% или полную окклюзию какого-либо коронарного сосуда, а затем после баллонной ангиопластики со стентированием наблюдаем полное восстановление сосудистой проходимости, я обязательно подчёркиваю аудитории: «В мою бытность студентом мы не могли даже в воображении представить себе, что в обозримом будущем медицина достигнет таких успехов».

Расскажите, пожалуйста, над чем Вы работаете в настоящий момент?

Мы начинаем работать над конспектами лекций по госпитальной терапии. Планируем выпустить два тома: в I томе будут освещены заболевания, которые изучают на V курсе (включая темы для самостоятельной работы студентов), II том охватывает темы, изучаемые на VI курсе лечебного факультета. В I томе собираемся осветить 48 заболеваний. В написании его будут задействованы 8 преподавателей. Все заболевания будут освещаться по единому плану. При наличии стандартов и Национальных рекомендаций по данной нозологической форме они обязательно должны учитываться авторами.

Владимир Николаевич, что бы Вы хотели пожелать коллегам, студентам в наступающем году?

Коллегам в наступающем году желаю побольше хороших учеников, которые со временем должны превзойти учителей в своих достижениях, успехов в педагогической, лечебной и научной деятельности, а студентам — успехов в учёбе и личной жизни; также желаю студентам полюбить медицину и свою будущую работу, а полюбить её можно лишь тогда, когда владеешь необходимыми для работы знаниями и навыками.

А



В.Н. Сапёров (в центре у окна) проводит студенческий научный кружок на кафедре внутренних болезней Чувашского госуниверситета (1983 г.)