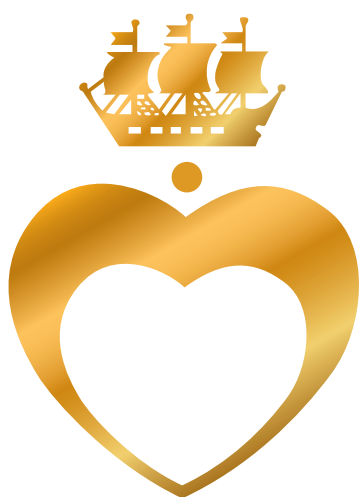




# НОВОСТИ

## ALMAZOV CENTRE NEWS

# Центра Алмазова

№ 10<sub>(26)</sub>

[www.almazovcentre.ru](http://www.almazovcentre.ru)

октябрь 2012

## Российский национальный конгресс кардиологов

3-5 октября 2012 года в Москве с большим успехом прошел Российский национальный конгресс кардиологов «Интеграция знаний в кардиологии».



Церемония вручения премий Российского кардиологического общества победителям конкурса молодых ученых

Конгресс кардиологов был организован Российским кардиологическим обществом под эгидой Министерства здравоохранения РФ и Российской академии медицинских наук.

Председателем организационного комитета конгресса выступила Министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова.

В этом году, впервые в истории мероприятия Российский национальный конгресс кардиологов собрал одновременно руководителей Европейского кардиологического общества, президентов 14 европейских национальных кардиологических обществ, которые выступили с докладами в рабочих сессиях. Специалисты Центра им. В.А. Алмазова приняли активное участие как в организации самого конгресса, так и в его научной программе. Напомним, что в октябре 2011 года президентом Всероссийского научного общества кардиологов (ныне Российское кардиологическое общество) был избран директор Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова академик РАМН Е.В. Шляхто.

Основной целью проведения конгресса стало обсуждение путей реализации государственной политики модернизации здравоохранения, содействия повышению качества

оказания специализированной помощи населению, снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Научная программа конгресса включала лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Вечером 3 октября были названы первые лауреаты Премии Российского кардиологического общества. Комитет по присуждению Премии Российского кардиологического общества, проанализировав заключение членов Экспертного совета, принял решение о присуждении Премии Российского кардиологического общества 2012 года:

Премия имени Н.С. Короткова – за выдающиеся достижения в области профилактики и лечения артериальной гипертензии присуждена профессору Людмиле Ивановне Гапон.

Премия имени А.Н. Климова – за выдающиеся достижения в исследованиях профилактики и лечения атеросклероза присуждена чл.-корр. РАМН, профессору Валерию Владимировичу Кухарчуку.

Премия Российского кардиологического общества – за фундаментальные исследования в области кардиологии присуждена профессо-



Пленарное заседание

ру Геннадию Петровичу Кузнецову.

Премия Российского кардиологического общества – за вклад в организацию выполнения профилактических программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации присуждена профессору Анне Львовне Черкашиной.

Премия Российского кардиологического общества – за выдающийся вклад в образовательную деятельность в области кардиологии присуждается чл.-корр. РАМН, профессору Александру Александровичу Дзизинскому.

Звание почетного кардиолога в 2012 году присуждено профессору Грацианскому Николаю Андреевичу.

Победителем конкурса молодых ученых стала Олеся Чиндарева из Омска. Ее доклад «Возможности ЭКГ высокого разрешения по оценке гипертрофии левого желудочка сердца у больных артериальной гипертензией: сравнение с традиционной ЭКГ и эхокардиографией» вызвал положительный отзыв у комиссии и не оставил никаких шансов конкурентам в борьбе за первое место.

Награждения и вручение премий прошло на Торжественной церемонии открытия.

На Российском национальном конгрессе кардиологов были приняты обновленные практические руководства для врачей по диагностике и лечению ряда заболеваний: Рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий РКО и ВНОА 2012 г., «Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии», Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, начиная с детского возраста, а также Российские рекомендации по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза.

За время работы конгресса на объединенном стенде Российского и Европейского кардиологических обществ было зарегистрировано более 400 новых членов РКО. За два дня было проведено 110 научных симпозиумов, одна пятая времени всех научных мероприятий была посвящена представлению авторами собственных результатов клинических и экспериментальных работ, более 30 докладов было сделано иностранными специ-

алистами, европейские и американские ученые стали сопредседателями 15 научных заседаний.

В выставке современных технологий, медицинских изделий и лекарственных препаратов приняли участие 73 компании из 20 стран. 17 информационных партнеров и более 25 СМИ освещали работу конгресса.

Организаторы конгресса сердечно благодарят всех, кто принял участие в форуме, и приглашают к участию в следующем конгрессе, который состоится 25-27 сентября 2013 года в Санкт-Петербурге.

Более подробная информация о прошедшем мероприятии размещена на сайте РКО – [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Содержание

|                                                                                                                                                |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| SICA-HF (Studies Investigating Co-morbidities Aggravating Heart Failure) Изучение коморбидностей отягощающих течение сердечной недостаточности | 2 |
| Концерт в Центре Алмазова                                                                                                                      | 2 |
| Новые возможности ЭКГ диагностики и контроля эффективности лечения с использованием технологии «Самоконтроль ЭКГ»                              | 3 |
| Школа для пациентов с хроническим миелолейкозом                                                                                                | 3 |
| У победителей раны заживают скорее                                                                                                             | 4 |
| Играющему тренеру команды волейболистов-ветеранов Центра им. В.А. Алмазова Воронову Владимиру – 65 лет!                                        | 4 |



Стенды Российского и Европейского кардиологических обществ на выставке конгресса

## Изучение коморбидностей отягощающих течение сердечной недостаточности



14-15 октября в Москве на факультете фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова прошла 4-я встреча по 7-й рамочной программе SICA-HF (Studies Investigating Co-morbidities Aggravating Heart Failure) Изучение коморбидностей отягощающих течение сердечной недостаточности).

Проект SICA-HF (Studies Investigating Co-morbidities Aggravating Heart Failure) был создан в октябре 2009 года и финансируется Европейской Комиссией в рамках 7-й рамочной Программы ЕС. В проекте участвуют 12 партнеров по всей Европе и России. С европейской стороны координатором является профессор Стефан Анкер, научный координатор д.м.н. Стефан Хеллинг (Charité – Universitätsmedizin Berlin – Germany), с российской стороны – академик РАМН Евгений Владимирович Шляхто, научный координатор – директор института гематологии Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова профессор Андрей Юрьевич Зарицкий.

На встрече обсуждались текущие вопросы, связанные с организацией работы консорциума исследовательских центров, участвующих в программе, а также вопрос обмена образцами, предусмотренными программой.

Со стороны европейского союза с докладами выступили профессора С. Анкер, С. Хеллинг. С российской стороны состоялся доклад академика РАН и РАМН В.А. Ткачука и академика РАМН Е.В. Шляхто, освещающий общую ситуацию по исследованию и роль российской стороны в его выполнении. Также были заслушаны доклады ответственных исполнителей программы, в том числе профессора А.Ю. Зарицкого (ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова) и профессора Е.В. Парфеновой (ФМ МГУ), представивших результаты работы российской стороны. В связи с тем что дальнейшая программа исследований SICA-HF не включает участие российских исследователей, обсуждались возможности ее продления.

Старший научный сотрудник  
НИИ трансфузиологии и эфферентной терапии П.А. Бутылин



Новое здание Факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова

## Концерт Альберта Жалилова в Центре Алмазова

12 октября в зале «Коротков» Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова состоялся концерт инструментальной музыки и песни в исполнении лауреата международных конкурсов Альберта Жалилова (баритон), Алексея Носова (гитара), Павла Мухина (аккордеон). Музыкальный руководитель коллектива – заслуженный артист России Александр Григорьевич Каган.



Заслуженный артист России  
А.Г. Каган



Лауреат международных конкурсов Альберт Жалилов (баритон)  
и Павел Мухин (аккордеон)

Артисты решили отблагодарить специалистов Центра им. В.А. Алмазова за медицинскую помощь, оказанную музыкальному руководителю творческого коллектива, заслуженному артисту России Александру Григорьевичу Кагану. Александр Григорьевич проходил лечение в кардиологическом отделении № 2, и выразил отдельную благодарность своему лечащему врачу Екатерине Викторовне Могушей. К сожалению, в актовом зале Центра им. В.А. Алмазова нет рояля, поэтому слушатели концерта не смогли насладиться выступлением знаменитого пианиста.

Концерт произвел большое впечатление как на специалистов Центра Алмазова, так и на пациентов. Зал был полон и рукоплескал. В программе концерта прозвучали не только классические романсы, но и заборные народные песни. Особенно порадовала слушателей народная песня «Ухари-купец», в сопровождении аккордеона.

Коллектив Центра им. В.А. Алмазова благодарит исполнителей и надеется на дальнейшие творческие встречи.

Специалист редакционно-издательского отдела Е.В. Селищева



## Научно-образовательный центр ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова приглашает на обучение в 2012-2013 уч. гг. на следующие курсы:

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, дом 2, 6 этаж, библиотека, кабинеты № 1 и № 2

тел./факс 702-37-84, эл. почта: [education@almazovcentre.ru](mailto:education@almazovcentre.ru)

**Акушерство и гинекология** (руководитель д.м.н., проф. И.Е. Зазерская): Клиническое акушерство (практический курс с использованием симуляционных платформ и тренажеров родов) – 72 ч., Избранные вопросы гинекологической эндокринологии – 72 ч., Лапароскопия в гинекологии (практический курс с использованием симуляционных тренажеров) – 72 ч., Акушерство и гинекология – 144 ч.

**Анестезиология и реаниматология** (к.м.н. А.Е. Баутин): Анестезиологическое обеспечение кардиохирургических вмешательств – 144 ч., Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии – 144 ч., Анестезиология и реаниматология – 576 ч. (ПП), Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерском и гинекологическом стационарах (на базе обучающего симуляционного центра) – 72 ч., Первичный комплекс реанимационных мероприятий – 18 ч., Трансплевочная эхокардиография – 2 нед.

**Гематология** (д.м.н., проф. А.Ю.Зарицкий): Современные аспекты гематологии и трансплантации костного мозга – 144 ч., Гематология – 576 ч. (ПП)

**Детская кардиология** (д.м.н. Д.О.Иванов): Детская кардиология – 564 ч. (ПП), Избранные вопросы детской кардиологии – 144 ч.

**Детская хирургия** (д.м.н., проф. В.Г. Баиров): Хирургия новорожденных с интенсивной терапией и элементами ухода – 72 ч., Детская хирургия – 144 ч.

**Детская эндокринология** (д.м.н. Е.Н. Гринева, д.м.н. И.Л. Никитина): Современные схемы, стандарты, алгоритмы болезней эндокринных органов у детей – 144 ч., Детская эндокринология – 576 ч. (ПП).

**Диабетология** (д.м.н. Е.Н. Гринева, к.м.н. А.Ю. Бабенко): Диабетология – 144 ч., Диабетология – 576 ч. (ПП).

**Кардиология** (д.м.н., проф. А.О. Конради, к.м.н. Т.В. Трешкур, д.м.н., проф. М.Ю. Ситникова, д.м.н. О.О. Большакова, к.м.н. А.Н. Яковлев): Кардиология – 576 часов (ПП), Острый коронарный синдром – 72 ч., Избранные вопросы кардиологии – 144 ч., Инновационные методы лечения артериальной гипертензии – 72 ч., Неинвазивная аритмология – 144 ч., Резистентная артериальная гипертензия – 72 ч., Современная стратегия лечения хронической сердечной недостаточности – 72 ч.

**Клиническая лабораторная диагностика** (д.м.н. В.В. Дорофейков): Клиническая лабораторная диагностика – 576 ч. (ПП), Избранные вопросы клинической лабораторной диагностики в кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии – 144 ч., Избранные вопросы клинической лабораторной диагностики – 144 ч.

**Лабораторная генетика** (к.м.н. А.А. Костарева): Лабораторная генетика – 576 ч. (ПП), Основы цитогенетической лабораторной диагностики – 144 ч., Флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) в клинической лабораторной диагностике – 72 ч.

**Лечебная физкультура и спортивная медицина** (д.м.н. Е.А. Демченко): Лечебная физкультура и спортивная медицина – 576 ч. (ПП), 144 ч., 72 ч.

**Неонатология** (д.м.н. Д.О. Иванов): Интенсивная терапия в неонатологии – практические навыки и умения (на базе обучающего симуляционного центра) – 72 ч., Избранные вопросы неонатологии – 144 ч., Неонатология – 576 ч. (ПП).

**Педиатрия** (д.м.н. Д.О. Иванов): Педиатрия – 504 ч. (ПП), Актуальные вопросы педиатрии, основы нутрициологии – 144 ч., Нутриционная поддержка в педиатрии – 72 ч.

**Радиология** (д.м.н. Д.В. Рыжкова): Радиология – 504 ч. (ПП), Современные технологии ядерной медицины в диагностике и лечении социально значимых заболеваний – 144 ч., Изотопная диагностика – 144 ч.

**Ревматология** (к.м.н. А.Л. Маслянский): Ревматология – 576 ч. (ПП), Избранные вопросы ревматологии – 144 ч.

**Рентгенология** (д.м.н., проф. Т.Е. Труфанов): Рентгенология – 504 ч. (ПП), Рентгенология (с курсом магнитно-резонансной томографии) – 216 ч., Рентгенология (с курсом рентгеновской компьютерной томографии и радиационной безопасности) – 216 ч.

**Рентгеноваскулярная диагностика и лечение** (к.м.н. Д.А. Зверев): Рентгеноваскулярная диагностика и лечение – 576 ч. (ПП), Рентгеноваскулярная диагностика и лечение – 144 ч.

**Сердечно-сосудистая хирургия** (д.м.н., проф. В.К. Новиков): Избранные вопросы сердечно-сосудистой хирургии – 144 ч.

**Трансфузиология** (д.м.н. С.В. Сидоркевич): Трансфузиология – 576 ч. (ПП), Современные аспекты трансфузиологии – 144 ч.

**Функциональная диагностика** (к.м.н. Т.В. Трешкур, к.м.н. А.В. Козленок, д.м.н. М.Н. Прокудина): Функциональная диагностика – 586 ч., Клиническая эхокардиография – 144ч., Трансплевочная эхокардиография – 2 нед, Избранные вопросы функциональной диагностики – 144ч.

**Эндокринология** (д.м.н., проф. Е.Н. Гринева): Избранные вопросы эндокринологии – 288 ч., Эндокринология – 144 ч., Избранные вопросы эндокринологии для кардиологов и терапевтов – 72ч., Современные аспекты остеопороза – 72 ч.

Также научно-образовательный центр приглашает в интернатуру, ординатуру, аспирантуру, докторантуру, стажировку на рабочем месте, на курсы обучения медицинских сестер

# Новые возможности ЭКГ диагностики и контроля эффективности лечения с использованием технологии «Самоконтроль ЭКГ»



Заведующий лабораторией  
соединительнотканых дисплазий  
д.м.н., профессор Э.В. Земцовский

– Эдуард Вениаминович, расскажите, пожалуйста, как пациент может получить прибор для самостоятельного снятия ЭКГ?

– Пациент на приеме у врача может получить во временное пользование портативное устройство съема ЭКГ «Кардиометр-МТ». Врач дает направление в отделение функциональной диагностики консультативно-диагностического центра (КДЦ), где пациент, познакомившись с технологией «Самоконтроль ЭКГ», сможет самостоятельно или с помощью родственников регистрировать ЭКГ при появлении перебоев или болей в области сердца. После обучения пациенту выдается устройство съема и мобильный телефон.

Часто пациентов, обращающихся за консультацией к специалистам Центра им. В.А. Алмазова, беспокоят периодически возникающие ощущения перебоев или болей в области сердца, во время появления которых никак не удается зарегистрировать ЭКГ. Теперь эта проблема легко разрешима с помощью применения новой технологии «Самоконтроль ЭКГ», которая разработана в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова совместно с компанией ЗАО «МИКАРД-ЛАНА». О принципах работы данной технологии нам расскажет заведующий лабораторией соединительнотканых дисплазий д.м.н., профессор Э.В. Земцовский.

– Расскажите о принципе действия этого прибора.

– После регистрации ЭКГ передается с устройства съема на мобильный телефон и далее через интернет на Кардиосервер. Через несколько секунд на дисплее мобильного телефона появится предварительное заключение, а пациент получает возможность распечатать ЭКГ на любом принтере, соединенном с компьютером, и/или дистанционно проконсультироваться с врачом.

– А каковы показания к применению данного прибора?

Технология «Самоконтроль ЭКГ» с помощью прибора «Кардиометр-МТ» может использоваться для своевременного выявления патологических изменений сердечной деятельности в случаях внезапно возникающих или нерегулярных приступов сердцебиения, ощущений перебоев в работе сердца, для регулярного контроля за сердечной деятельностью у лиц перенесших инфаркт миокарда, аорто-коронарное шунтирование и ангиопластику, имеющих факторы риска ИБС (высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение), а также для лиц,

проживающих в удаленных районах и нуждающихся в дистанционных консультациях специалиста.

– Опишите, пожалуйста, порядок работы с прибором «Кардиометр-МТ».



– Пациенту необходимо записаться на прием к врачу-кардиологу консультативно-диагностического центра по тел. (812) 702-37-06 или воспользовавшись он-лайн записью на прием на сайте Центра им. В.А. Алмазова – [www.almazovcentre.ru](http://www.almazovcentre.ru).

В том случае, когда имеются показания для использования технологии «Самоконт-

роль ЭКГ», пациент получает прибор на необходимый срок, проходит инструктаж и может самостоятельно использовать метод.

Пациент самостоятельно снимает электрокардиограмму в любое время, в любом месте по мере необходимости. Предварительное автоматическое заключение по ЭКГ пациент получает сразу на дисплее телефона. Чтобы получить подробное врачебное заключение по поводу снятой ЭКГ, пациенту следует позвонить врачу функциональной диагностики, и врачебное заключение будет сообщено пациенту и внесено в его архив.

Все электрокардиограммы и заключения сохраняются на Кардиосервере, пациент может связаться с лечащим доктором или врачом-консультантом Центра для получения квалифицированной клинической консультации. Если у пациента есть возможность выхода в интернет, он может после разрешения врача просматривать автоматические врачебные заключения в своем кабинете, созданном на Кардиосервере.

## Школа для пациентов с хроническим миелолейкозом

18 октября 2012 года в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова прошла школа для пациентов с хроническим миелолейкозом. На основные вопросы школы нам отвечает Эльза Галактионовна Ламаиа – к.м.н., ведущий научный сотрудник НИЛ онкогематологии.

– Эльза Галактионовна, последнее время мы все чаще слышим про трансплантацию стволовых клеток. Расскажите, что это такое?

– Клетки крови (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты) выполняют очень важные функции в организме. Так, эритроциты являются переносчиками кислорода, и при его нехватке организм испытывает «кислородное голодание». При резком снижении количества тромбоцитов возникают кровотечения и кровоизлияния, а лейкопения (снижение лейкоцитов) – создает риск тяжелых инфекционных осложнений. Все эти клетки являются потомками, так называемых, гемопоэтических стволовых клеток. При хроническом миелолейкозе (ХМЛ), часть этих стволовых клеток превращаются в злокачественные. Хотя, ингибиторы тирозин-киназ (ИТК) (иматиниб, нилотиниб, дазатиниб) эффективно уничтожают зрелые лейкозные клетки, они бессильны против их предшественников. Стволовых опухолевых клеток при ХМЛ в организме немного – всего около 1 млн. Пока ИТК справляются с их потомками, т.е. лейкозных клеток в организме очень мало, то жизнь пациента вне опасности. Однако в ряде случаев и потомки лейкозных стволовых клеток или исходно малочувствительны к ИТК или становятся устойчивыми к ним с течением времени. Постепенно эти клетки становятся агрессивными, не созревают до конечных форм. Возникает дефицит зрелых клеток, полноценно выполняющих свои функции. Кроме того в крови и костном мозге накапливаются агрессивные молодые клетки (бласты), способные поражать любые органы и ткани с нарушением их функции. Поэтому при развитии устойчивости к ИТК только уничтожение стволовых лейкозных клеток

дает возможность предотвратить такое агрессивное течение заболевания. Это возможно при использовании массивных доз химиопрепаратов (без или в сочетании с тотальным облучением тела). Однако при такой терапии вероятность повреждения и нормальных стволовых клеток крайне велика. Поэтому после проведения подобной высокодозной химиотерапии (подготовка к трансплантации или кондиционирование) нужно извне ввести в организм стволовые клетки донора. Собственно этот процесс (введение стволовых клеток в вену) и называется трансплантацией или пересадкой гемопоэтических стволовых клеток. Эти клетки замещают погибшие от химиотерапии собственные стволовые клетки. Кроме того, они активно начинают бороться с остатками лейкозных клеток (реакция трансплантата против лейкоза).

– Как выполняется трансплантация стволовых клеток?

– При ХМЛ используют только аллогенный (чужеродный) трансплантат (донорские клетки). Предварительно донора обследуют на совместимость по некоторым маркерам (система HLA-генов). В качестве донора могут выступить HLA-совместимые родные братья или сестры (родственная трансплантация). При их отсутствии или их несовместимости, проводится поиск донора в регистрах стволовых клеток (поиск неродственного донора). Стволовые клетки в основном находятся в костном мозге, однако при введении определенных стимуляторов они выходят в кровь в большом количестве. Поэтому эти клетки у донора забирают или из костного мозга (трансплантация костного мозга) или из периферической крови (трансплантация

гемопоэтических стволовых клеток периферической крови) специальным аппаратом, который сортирует эти клетки из крови и забирает в специальные пакеты для хранения. До трансплантации эти клетки помещают в жидкий азот и хранят при очень низких температурах. Перед трансплантацией клетки размораживают. Их вводят (трансплантируют) в вену пациента.

Как видно из вышеописанного, технически выполнить процедуру трансплантации не сложно, но в большинстве случаев возникают те или иные осложнения, связанные:

В большинстве случаев возникают те или иные осложнения связанные:

– с высокодозной химиотерапией (снижение всех показателей крови с нередким развитием инфекций и/или кровотечений/кровоизлияний, нередко повреждение др. органов);

– с введением в организм чужеродных клеток с развитием так называемой «реакции трансплантата против хозяина» (возможно поражение любого органа, но наиболее часто страдают кожа, кишечник, печень).

В настоящее время новые технологии обработки трансплантата и современные лекарственные средства помогают максимально уменьшить все эти побочные эффекты трансплантации. Смертность значительно уменьшилась, и многие пациенты после трансплантации возвращаются к нормальной ежедневной жизни.

– Кому и когда показана трансплантация при хроническом миелолейкозе?

– Несмотря на появление эффективных лекарств – ИТК, избирательно убивающих при ХМЛ лейкозные клетки, часть из них устойчивы к лечению. В начальной хрониче-



Ведущий научный сотрудник  
НИЛ онкогематологии  
к.м.н. Эльза Галактионовна Ламаиа

ской фазе трансплантация показана в основном при устойчивости к иматинибу и еще одному из ИТК (дазатинибу или нилотинибу). Пациенты в фазе акселерации или бластной кризе являются кандидатами на трансплантацию независимо от полученного эффекта на ИТК, так как эффект на этих препаратах в этих фазах если и достигается, то он кратковременный и подавляющее количество пациентов вновь прогрессируют.

Решиться на трансплантацию, особенно в хронической фазе, всегда сложно психологически, не только для пациента, но и для врача. Однако врачи должны понимать, что трансплантация наиболее эффективна в хронической фазе. Затягивание времени резко снижает эффективность и этого метода лечения.

Пациенты должны понимать, что если врач предлагает трансплантацию, это значит, что наступил переломный момент, когда риск заболевания значимо превышает риск трансплантации. Надо помнить также, что, несмотря на появление ИТК, трансплантация по-прежнему остается единственным методом, который дает наибольший шанс на полное выздоровление от хронического миелолейкоза.

## У победителей раны заживают скорее



Доминик-Жан Ларрей

В год 200-летия Отечественной войны 1812 года нельзя обойти и страницы, затрагивающие медицину того времени. Слова, вынесенные в заголовок статьи, принадлежат Доминику Жан Ларрею (D.J. Larrey) – отцу «скорой помощи», лейб-медику Наполеона, главному полевому хирургу французской армии. Речь пойдет об этом знаменитом человеке.

Доминик Ларрей родился 8 июля 1766 г. В 13 лет он стал сиротой, и дальнейшим его воспитанием занимался дядя, хирург из Тулузы. Получив медицинское образование, в 1786 г. поступил хирургом на военную службу. Его военная карьера началась на флоте. Он стал врачом на фрегате и участвовал в плавании к берегам Северной Америки. Однако, вскоре ему пришлось уволиться из-за хронической морской болезни. С 1789 года он работал в Париже, сначала хирургом, затем профессором Высшей военно-медицинской школы. Затем перешел на службу к Наполеону. В своих первых сражениях Ларрей не ждал, когда ему доставят раненых в тыл, и бросался в самое пекло битвы, чтобы оказать помощь прямо на поле боя. После сражения начальники критиковали его действия, но раненые выражали огромную благодарность за вовремя оказанную помощь.

Доминик Ларрей сделал для французской военной медицины больше, чем кто-либо другой. Он провел полную реорганизацию эвакуации раненых с поля боя и системы их лечения. За это его стали называть отцом «скорой помощи». Ларрей организовал «летучие амбулансы» – походные лазареты для транспортировки раненых, состоящие из доктора, двух помощников и медсестры. Также он выделил специальные команды для

выноса раненых, имеющие носилки для эвакуации. Этот метод организации медицинской помощи был революционным для того времени и сохранил жизни многих солдат.

Большим препятствием для развития хирургии на пути излечения от ранений, в том числе и огнестрельных, был сепсис. Раньше борьба с заражением крови осложнялась тем, что врачи не знали причин, вызывающих заражение крови. Для сохранения жизни раненого решающее значение в те времена имел выигрыш во времени. Дело в том, что тогда заражение крови, сепсис, предотвращали методом быстрой ампутации, но ее необходимо было осуществлять безотлагательно. Ларрей, чтобы спасти жизнь раненому, был вынужден прибегать к единственному средству – ранней ампутации пораженной конечности. Весьма часто операции производились без всякой анестезии. Длительное хирургическое вмешательство без обезболивания или при несовершенном обезболивании нередко приводило к смерти больного от болевого шока. Поэтому в пе-

около 300 квадратных метров раненых и погибших. По свидетельствам очевидцев, Ларрей оперировал быстро. Ампутации выполнялись каждые 7 минут, около 200 за 24 часа. Наполеоновские солдаты превращались в толпы бродячих безруких и особенно безногих калек. Ларрей не верил, что есть иные способы лечения огнестрельных переломов. Впоследствии раннюю ампутацию заменили так называемым щадящим методом Н.И. Пирогова – крахмальной повязкой, а затем гипсовой.

По воспоминаниям современников, Доминик Жан Ларрей отличался постоянной неуёмной жаждой новых знаний. Он много работал над собой, совершенствовал свои знания и жадно отслеживал новые идеи в медицинской науке. Так, например, Ларрей, как и все хирурги того времени, был очень заинтересован в решении проблемы обезболивания. Интересно, что при рассмотрении в Парижской медицинской академии в 1828 г. предложения Генри Хилл Хикмена внедрить в хирургию «метод приостановленной жизне-

Ларрей перевязывает Наполеона в битве под Ратисбоном  
Картина художника Клода Готеро (Claude Gauthier)

риод, предшествовавший открытию эфирного наркоза, хирурги стремились устранить опасности хирургического вмешательства уменьшением его длительности. Ларрей обладал виртуозной техникой операций. Во время Бородинской битвы, по оценкам Ларрея, было огромное количество раненых (около 12-13 тысяч французских и 20 тысяч русских). В ходе битвы Ларрей работал практически без остановки на протяжении нескольких дней. Его команду окружали

деятельности» Ларрей был единственным человеком из всего учёного сообщества, восторженно поддержавшим Хикмена. Более того, он даже предложил себя для эксперимента.

К началу наполеоновской эпохи существовало неписанное правило: раненых и больных, а также медицинский персонал, оставшийся на территории врага, не считать пленными. В этом отношении Ларрей, который с одинаковым участием относился к

любому раненому, независимо от его национальной принадлежности, может служить примером для современных военных медиков. Среди его пациентов были арабы, турки, русские, немцы, испанцы, англичане и многие другие. Во время похода на Россию Ларрей описывает случай, когда при вступлении в Витебск было обнаружено 350 русских, брошенных в одиночестве и грязи, не способных передвигаться. Все они были собраны, одеты, переведены в больницу, где получили помощь такую же, как и французы. В настоящее время немало военных историков и специалистов в истории медицины считают, что активно пропагандируемые Ларреем в начале XIX века идеи гуманного отношения к раненым солдатам противника послужили исходным импульсом для создания в гораздо более позднее время Международного Красного Креста (1864) и подписания Женевского соглашения (1949).

Интересно, что гуманизм Ларрея в конечном итоге спас жизнь и ему самому. Во время трагического для французов сражения под Ватерлоо Ларрей был взят в плен прусскими солдатами, которые приговорили любимца Наполеона к смерти. Однако его жизнь была сохранена маршалом Герхардом Блюхером, благодарным Ларрею за спасение его сына на поле битвы несколькими годами ранее.

За свою врачебную карьеру Доминик Ларрей провел 18 лет в составе армии Наполеона и участвовал в 20 военных кампаниях, 60 больших сражениях и 400 столкновениях. Император Франции Наполеон I высоко оценивал Ларрея и всегда считался с его мнением. Он часто подчеркивал, что если армия и обязана кому-то поставить памятник за заслуги перед ней, то этого заслуживает именно Ларрей. В завещании император не забыл упомянуть своего храброго хирурга: «Начальнику медицинского управления французской армии, барону Ларрею, я завещаю сумму 100 000 франков и замок. Он – самый достойный человек, которого я когда-либо встречал». Доминик Жан Ларрей долгое время был достопримечательностью Парижа. Николай Иванович Пирогов, приехав в Париж, был представлен Ларрею. Встреча Ларрея с Пироговым – символический акт передачи эстафеты преемственности двух поколений выдающихся хирургов.

Доминик Жан Ларрей умер 25 июля 1842 года в Париже, окруженный любовью и уважением друзей и сограждан. Его имя вместе с именами других национальных героев Франции увековечено на знаменитой Триумфальной арке в Париже, но его известность и слава выходят далеко за пределы Франции, в которой он так горячо любим и почитаем.

Сотрудник НИС истории медицины  
Ю.Б. Тукало

## СПОРТ

Играющему тренеру команды волейболистов-ветеранов  
Центра им. В.А. Алмазова Воронову Владимиру – 65 лет!

Заслуженному тренеру России, мастеру спорта СССР Воронову Владимиру 65 лет!

Уважаемый Владимир Леонидович!

Всероссийская федерация волейбола сердечно поздравляет Вас с 65-летием!

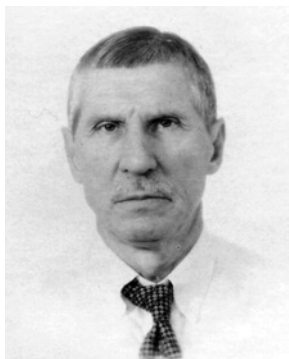
Более 50 лет Вы отдали любимому виду спорта. Начав свою спортивную карьеру в г. Сочи, вы продолжили её в командах СКА (Ростов на Дону) и Автомобилист (Ленинград), где добились наибольших успехов в своей спортивной жизни, как игрок. Играя в этой команде под руководством великого тренера В.А. Платонова, Вы были бронзовым и серебряным призёром первенства СССР, стали мастером спорта. Закончив играть, Вы перешли на тренерскую работу, сначала в женскую команду ТТУ (Ленинград), а затем вернулись в свой родной клуб, который стал называться «Балтика». Но наиболее ярко Ваш тренерский талант проявился в подготовке своих дочерей в пляжном волейболе. Под Вашим руководством они были неоднократными призёрами и чемпионами первенства России и 2-х кратными чемпионками Европы среди молодежных команд. За достигнутые успехи Вам, по праву, было присвоено звание «Заслуженный тренер России».

После окончания тренерской деятельности в «большом» спорте, Вы продолжили свою спортивную жизнь в ветеранском волейболе как играющий тренер. Под Вашим руководством и участием команда ветеранов г. Санкт-Петербурга 55+ (затем 60+) достигла впечатляющих результатов: семикратные чемпионы России, двукратные серебряные призёры первенства России, восьмикратные обладатели Кубка России, чемпионы и обладатели Кубка Европы, трехкратные победители мировых игр ветеранов, бронзовые и серебряные призёры Всемирных игр ветеранов спорта (Олимпийские игры ветеранов спорта). Эти победы достигнуты благодаря Вашему тренерскому таланту и таланту игрока (недаром Вас неоднократно признавали лучшим игроком на турнирах самого высокого уровня).

Владимир Леонидович! Всероссийская федерация волейбола желает Вам крепкого здоровья и спортивного долголетия. Надеемся, что возглавляемая Вами команда ветеранов ещё не раз порадует нас новыми достижениями.

С уважением,  
Почётный президент ВФВ

Жуков В.В.

Заслуженный тренер России,  
мастер спорта СССР Воронов  
Владимир Леонидович

С юбилейной датой Владимира Воронова поздравила Всероссийская Федерация Волейбола.

Члены команды ветеранов – волейболистов Центра им. В.А. Алмазова и весь коллектив Центра от всей души поздравляют Владимира Воронова с 65-летием и желают ему долгих лет активной жизни, семейного благополучия и новых побед в ветеранском волейболе!

Специлист  
редакционно-издательского отдела  
Е.В. Селищева