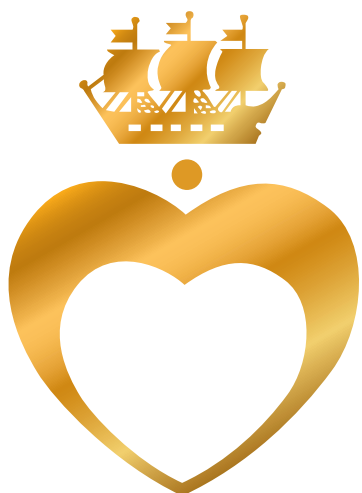


СОБЫТИЕ	НАУКА	ИНТЕРВЬЮ	ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	ОБУЧЕНИЕ	МЕДИЦИНА В ИСТОРИИ ВОЙН	О ПРЕКРАСНОМ
Открытие бюста В.А. Алмазову в лечебно-реабилитационном комплексе на проспекте Пархоменко 2	Третий российско-французский форум по здравоохранению 2	Трансплантация сердца глазами хирурга 3	Я уколов не боюсь! 3	Нужен английский? От аспирантов до профессоров 4	Перед грозой. Медицина в преддверии Первой мировой войны 4	Неповторимый во всём: Анри Матисс 4



№ 6₍₄₆₎

www.almazovcentre.ru

июнь 2014

НОВОСТИ ALMAZOV CENTRE NEWS

Центра Алмазова

Поздравляем директора Центра Евгения Владимировича Шляхто с юбилеем!

Директор ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, академик Е.В. Шляхто — выдающийся российский кардиолог и терапевт, внесший большой вклад в разработку новых методов диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов, решение теоретических и практических проблем организации оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.



Закончив в 1977 году 1-й Ленинградский медицинский институт имени академика Павлова, Е.В. Шляхто прошел путь от клини-

ческого ординатора до академика РАН. Благодаря Е.В. Шляхто, перенявшему опыт и знания от своего учителя Владимира Андре-

евича Алмазова и ставшему его преемником на посту руководителя основанного им Центра, на сегодняшний день ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ стал одним из ведущих российских научно-лечебных учреждений. Основу деятельности Центра составляют фундаментальные и прикладные исследования в области кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, гематологии, ревматологии, эндокринологии, педиатрии, молекулярной биологии и генетики, клеточных и нанотехнологий, оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению, подготовка научных, врачебных кадров и среднего медицинского персонала в рамках создания современной системы непрерывного последипломного медицинского образования.

Е.В. Шляхто создал и развивает известную в России и за рубежом научную школу, отличительная черта которой — междисциплинарный подход к комплексному решению проблем современной медицины. Сейчас под руководством Евгения Владимировича исследуются актуальнейшие направления трансля-

ционной медицины — молекулярная диагностика, разработка диагностических средств персонализации терапии, клеточная и тканевая инженерия для терапевтических целей. Результаты всех исследований опубликованы более чем в 700 научных работах, обобщены в 16 изобретениях и 2 открытиях, в ряде монографий.

Е.В. Шляхто — президент Российского Кардиологического общества, почетный член Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов, главный редактор журналов «Российский кардиологический журнал», «Вестник аритмологии», «Трансляционная медицина», член международной редакционной коллегии «European Heart Journal» и редколлегий ряда российских журналов.

Вклад в науку и медицину, а также личные усилия, упорство и труд не остались незамеченными: Евгений Владимирович — лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Он удостоен и многих других наград, в том числе Ордена Почета.

СОБЫТИЕ

Награждение Е.В. Шляхто и Е.И. Барановой премией Правительства Санкт-Петербурга в области высшего и среднего профессионального образования

27 мая 2014 года, в День города, в Смольном состоялось чествование лауреатов премии Правительства Санкт-Петербурга и Санкт-Петербургского научного центра Российской академии наук, достигших выдающихся результатов в области науки и техники. Кроме них, свои награды также получили лауреаты премии Правительства Санкт-Петербурга за выдающиеся достижения в области высшего и среднего профессионального образования.

В церемонии награждения приняли участие губернатор Санкт-Петербурга Георгий Сергеевич Полтавченко, вице-губернатор Санкт-Петербурга Василий Николаевич Кичеджи, представители научной общественности, руководители вузов и средних специальных учебных заведений. Поздравляя лауреатов с высокой наградой, глава города отметил: «Премия — это дань уважения вашему труду, творчеству, отношению, с которым вы подходите к работе и делитесь опытом и знаниями с молодежью». Георгий Сергеевич подчеркнул, что Санкт-Петербург с момента своего основания был и остается лидером отечественной науки и образования.

Премией за научные достижения, способствующие повышению качества подготовки специалистов и кадров высшей квалификации, был награжден авторский коллектив Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова в составе Евгения Владимировича Шляхто и Елены Ивановны Барановой за работу «Разработка и внедрение системы непрерывного последипломного медицинского образования на основе концепции трансляционной медицины».

Всего были вручены 17 премий в области науки и техники и 18 премий в области образования, в том числе и авторским коллективам. Наград удостоились 60 петербуржцев.



Открытие бюста В.А. Алмазову в лечебно-реабилитационном комплексе на проспекте Пархоменко

27 мая 2014 года Владимиру Андреевичу Алмазову, основателю и первому директору Ленинградского научно-исследовательского института кардиологии (ныне Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова) исполнилось бы 83 года.

Все, что было задумано Владимиром Андреевичем, сбылось. Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова стал одним из крупнейших научно-лечебных учреждений страны, осуществляющим фундаментальные и прикладные исследования в области кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, гематологии, ревматологии, эндокринологии, педиатрии, молекулярной биологии и генетики. В Центре развиваются современные направления клеточных, информационных и нанотехнологий, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; проводится мультидисциплинарная подготовка научных, врачебных кадров и среднего медицинского персонала в рамках создания современной системы непрерывного последипломного медицинского образования.



Отдавая дань памяти учителю и основателю, ко дню его рождения в Лечебно-реабилитационном комплексе на проспекте Пархоменко, д. 15, торжественно открыли бюст В.А. Алмазова. Автор гипсового бюста — Арменак Анатольевич Оганезов, скульптор-художник, закончивший Санкт-Петербург-

скую академию художеств. Бюст был изготовлен в 2004 году, отреставрирован в 2014. На официальной церемонии открытия выступили заместитель директора по научно-лечебной работе профессор Михаил Алексеевич Карпенко, главный врач клиники Центра Ирина Григорьевна Стрижак и профессор

Иван Акимович Шевченко, долгие годы работавший заместителем директора по научной работе вместе с Владимиром Андреевичем Алмазовым. По окончании церемонии состоялось возложение цветов на могилу В.А. Алмазова на Серафимовском кладбище.

Третий российско-французский форум по здравоохранению

9 июня 2014 года в Федеральном медицинском исследовательском Центре им. В.А. Алмазова прошел Третий российско-французский форум по здравоохранению, организованный Минздравом России совместно с Министерством социальных дел и здравоохранения Франции, посольством Франции в Российской Федерации и администрацией Санкт-Петербурга.

В мероприятии участвовали представители Министерства здравоохранения РФ, Министерства социальных дел и здравоохранения Франции, посольства Франции в Российской Федерации, Правительства Санкт-Петербурга, руководители ведомств и организаций здравоохранения различного уровня, а также ведущие специалисты медицинских учреждений обеих стран.

Открывая форум, заместитель Министра здравоохранения РФ Айрат Фаррахов сказал, что наиболее эффективной моделью организации медицинской помощи в регионах Российской Федерации стала трехуровневая система, которая позволила повысить доступность медико-санитарной помощи, максимально использовать имеющуюся инфраструктуру государственных медицинских организаций, их кадровый потенциал и всё более активно участвующие в системе государственного здравоохранения частные медицинские организации. Особо были отмечены медицинские центры, которые

участвуют в программе по снижению инсультов. Это уникальная программа, которая позволила добиться серьезных результатов в России. Благодаря ей удалось добиться того, что пациентам с инфарктами миокарда и инсультом все мероприятия по оказанию помощи проводятся в течение 3–6 часов.

Генеральный директор Главного управления предоставления медицинской помощи Министерства социальных дел и здравоохранения Франции Жан Дебонн отметил, что «сотрудничество между Россией и Францией в сфере здравоохранения является важным, так как обмен опытом и общие проекты положительно сказываются на повышении качества оказания медицинской помощи для граждан обеих стран».

На пленарном заседании Форума особое внимание было уделено вопросам государственной политики и научному сотрудничеству между двумя странами в сфере здравоохранения, а также особенностям организации медицинской помощи в России и Франции.

Выступая на пленарном заседании, участники Форума с российской стороны подчеркивали, что государственная политика направлена на снижение показателя смертности и повышение показателя рождаемости. Так, в период социально-экономических потрясений в 1990-е годы был отмечен резкий рост смертности населения и снижение рождаемости, и только в 2012 году эту ситуацию удалось исправить. В 2013 году впервые за долгое время был зафиксирован естественный прирост населения.

Участники Форума отмечали, что принятие базовых для российского здравоохранения законов — «Об охране здоровья граждан», «Об обязательном медицинском страховании», а также Стратегии развития медицинской науки и Стратегии лекарственного обеспечения — стало основой для серьезных изменений в медицинской отрасли. Была утверждена Государственная программа развития здравоохранения, которая включает в себя целый комплекс мероприятий по разви-

тию отдельных направлений системы здравоохранения, начиная с профилактики и диспансеризации и заканчивая внедрением современных инноваций в рамках развития медицинской науки. Значительная роль в программе отводится повышению эффективности службы родовспоможения, развитию медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи. Особое внимание участники встречи уделили вопросам охраны здоровья матери и ребенка, в том числе достижениям в выхаживании новорожденных с малым весом.

В рамках форума прошли также круглые столы по вопросам совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с онкозаболеваниями, организации донорства и трансплантологии, оборота лекарственных средств и изделий лекарственного назначения. Обсуждались и перспективы франко-российского сотрудничества в области подготовки врачей и руководителей медучреждений.



Трансплантация сердца глазами хирурга

Михаил Леонидович Гордеев, главный кардиохирург Центра им. В.А. Алмазова, рассказал об особенностях своей работы, нехватке донорских сердец и неугасающей надежде на лучшее.

— Вы уже давно работаете в области трансплантологии. Изменилось ли со временем ваше отношение к делу?

— Операции для меня — это работа. Пересадка органа и послеоперационное лечение — такая же работа, как и любая другая, и она имеет свои аспекты. Большая ответственность ложится на плечи кардиологов: хирургический этап достаточно прост, это рутинная процедура, а вот в дальнейшем пациент требует серьезного наблюдения, лечения, коррекции сопутствующих проблем.

Тяжело может быть только в одном. Не секрет, что во всем мире существует колоссальная нехватка донорских органов. В нашей стране она наиболее выражена в связи с организационными проблемами. В данный момент мы переживаем острый дефицит донорских органов. Мы не строим иллюзий, что настанет время, когда их будет столько же, сколько и реципиентов. Такого не будет никогда. Поэтому самое тяжелое в работе — знать, что в листе ожидания есть пациенты, которые неминуемо погибнут без этой операции.

— Как вы считаете, с чем связана острая нехватка донорских органов?

— Проблему стоит рассматривать с не-

скольких сторон. Во-первых, крайне слабая осведомленность населения страны и отсутствие у людей доверия к медицине. Это осложняет работу врачей, которые общаются с родственниками пациентов со смертью головного мозга. В связи с этим иногда негативную роль играют СМИ, которые нередко раздувают скандалы, связанные с «незаконным забором органов», зачастую искажая реальные факты и придумывая сенсационные истории, не имевшие места.

С другой стороны, врачи, которые дежурят в реанимации, где и ставится диагноз «смерть мозга» и решаются вопросы о возможности или невозможности забора органов, не считают это проблемой, не хотят заниматься диагностикой смерти мозга, привлекать трансплантологов.

Диагностика смерти мозга и привлечение соответствующих служб — трудоемкий процесс, который требует времени, усилий, определенных действий со стороны врачей. И, на мой взгляд, просто нужно изменить отношение как населения, так и медицинского персонала к донорской службе. Люди должны понимать, что это часть большой программы по спасению жизней пациентов, у которых нет других перспектив. Необходимо

объяснить широкой общественности, что невозможны «расширения показаний к донорству»: если у человека есть шанс на восстановление, будет делаться всё необходимое, чтобы ему помочь. Только при совпадении ряда объективных показателей устанавливается диагноз «смерть мозга».

Средства массовой информации должны объяснять, что в сфере трансплантологии криминала нет, также, как и коммерции, которая может являться его причиной. Кроме того, необходимо показать, какое огромное количество людей можно спасти, используя данные технологии. Это тема, которая должна обсуждаться.

— Как вы относитесь к разработке искусственного сердца?

— Я надеюсь, что в ближайшие 10 лет появится такая модель искусственного сердца, которая станет альтернативой донорскому сердцу. Это значительно расширит возможности врачей, и гораздо больше пациентов будет спасено, потому что донорских органов всегда будет не хватать.

— Что бы вы сказали людям, которые сейчас ждут пересадки?

— Роман Александра Дюма «Граф Монте-Кристо» заканчивается словами «ждать



Михаил Леонидович Гордеев, трансплантолог и главный кардиохирург Центра им. В.А. Алмазова

и надеяться». Думаю, это и стоит сказать всем пациентам в листе ожидания. В него попадают лишь те, у кого нет другого выхода. Поэтому остается лишь ждать своего сердца и надеяться на лучшее.

Я уколов не боюсь!

Трудно себе представить, как бы развивалась медицинская наука, если бы наши предшественники не изобрели такой простой и гениальный инструмент, как шприц. Неудивительно, если в ближайшее время его изображение станет эмблемой медицины наравне с обвивающей чашу змеи или с посохом Асклепия.

Происхождение шприцев проследить почти невозможно. В Европе они были известны примерно с XIII века, но где и как использовались раньше — пока никто узнать не сумел. Делались шприцы из полупрозрачного бычьего мочевого пузыря, к которому присоединялся острый тонкий наконечник из дерева или меди. На мышце или вене больного (внутривенные инъекции проводились с середины XVII века) делался разрез ножом, после чего туда быстро вставляли наконечник.

Шприц в том виде, в котором мы знаем его сейчас, был создан лишь в 1853 году независимыми стараниями двух людей — француза Шарля-Габриэля Праваса и шотландца Александра Вуда. Доктор Вуд ставил себе цель избавить пациентов от боли. Дело в том, что общий наркоз, который применялся в начале XIX века, пациенты переносили очень плохо. Многие умирали от передозировки. Недавно открытый морфий практически не всасывался при оральном приеме. Всё это натолкнуло доктора из Шотландии на мысль о введении препарата прямо под кожу.

Триумфом ученого стало создание на основе инъектора Паскаля прибора для подкожных инъекций с полый иглой. Доктор Правас же использовал шприц для хирургических целей. Он изготовил из каучука цилиндр, внутри которого размещался поршень из асбеста и кожи. С одной стороны цилиндра наружу выводился металлический штырь, с другой — крепилась полая игла. Так как цилиндр был непрозрачным, насечки для дозировки лекарства делались не на нем, а на металлическом штыре поршня. Эта устрашающая конструкция, спасшая тем не менее многие жизни, и была шприцем.

Следующим этапом усовершенствования шприца стало создание стеклянной много-разовой конструкции, которую предложил стеклодув Фурнье. Эта идея была выкуплена у него французской компанией и сразу же введена в практику. На тот момент выпускались стеклянные шприцы разных размеров от 2 до 100 мл. Шприцы получили оттрадуированный цилиндр и пустотелый внутри поршень, который заканчивался на конце конусом. Такая конструкция хорошо переносила обработку при температуре около 200 градусов Цельсия. Инструмент продержался в употреблении вплоть до 1949 года, когда появилось известие о создании одноразового шприца, и даже пережил его создание: первый одноразовый стеклянный шприц был запатентован в Америке в 1954 году, но не прижился из-за дороговизны.



Шприц «Рекорд»

Проблему с себестоимостью помогло решить создание в 1956 году одноразового пластикового шприца. Это — заслуга новозеландского фармацевта и ветеринара Колина Мёрдока. Основной задачей двадцатисемилетнего врача было упростить и ускорить вакцинацию животных, и он начал запивать лекарство в шприц заранее. Позже Мёрдок предложил использовать свое изобретение во врачебных целях, чтобы свести к минимуму риск передачи инфекции от одного человека к другому. В начале семидесятых патент на изобретение шприца одноразового применения был зарегистрирован Мёрдоком во всех странах мира. Выпуск шприцев из пластмассы в промышленных масштабах был налажен уже в 1961 году. Это было настоящей революцией: ведь благодаря одноразовости медицинского изделия появилась возможность спасти от заражения через кровь сотни тысяч людей и уменьшить вероятность опасных болезней! Тем не менее от распространения ВИЧ не спасло и это: не каждый одноразовый шприц действительно использует один раз.

В настоящее время многие изобретатели работают над созданием шприцев, которые было бы просто физически невозможно использовать дважды. Некоторые изобретатели уже достигли определенных успехов и даже получили на них патенты, однако действительно надежное и экономичное решение этой задачи пока отсутствует.

Еще одно направление инноваций — снижение болезненности уколов. Японцы, например, недавно изобрели специальную зазубренную иглу, напоминающую жало москита или рабочий край пилы. Она будет контактировать с тканями только тонкими зубчиками, а не всей своей поверхностью, как обычная. Предполагается, что инъекции такой иглой станут менее болезненными. Американцы пошли другим путем и доказали, что, если предварительно подержать иглу в морозилке, пациент даже не почувствует укола. Еще в США разработана микроигла, которая может стать альтернативой обычной игле и шприцу. Она выглядит как пластырь для отвыкания от никотина и состоит из 400 силиконовых микроскопических игл диаметром с человеческий волос. Последние настолько малы, что лекарственный препарат можно ввести через кожу, не задевая нервные клетки, создающие ощущение боли. А микроэлектроника контролирует время и дозировку лекарства.

Таким образом, очевидно, что медицинская наука не стоит на месте. И, возможно, в скором времени нашим внукам придется объяснять, что значили стихи Сергея Михалкова:

— На прививку! Первый класс!
— Вы слышали? Это нас!.. —
Почему я встал у стенки?
У меня... дрожат коленки...

Сотрудник НИС истории медицины Ю.Б. Тукалло



Шприц второй половины XIX века

Нужен английский? От аспирантов до профессоров

Квалифицированные преподаватели прошли стажировку в Англии

Заведующая НИЛ детской эндокринологии Центра Алмазова, профессор И.Л. Никитина, говорит: «Английский язык — это мой кардиостимулятор». Мы можем добавить: изучение английского удлинит жизнь! Ведь овладение новыми знаниями всегда заставляет работать те клетки мозга, которые обычно находятся в пассивном состоянии.

Сегодня никого не надо убеждать в том, что знание языка в любой профессиональной

деятельности — требование времени, тем более в Центре им. Алмазова, где регулярно проходят международные конференции, лекции, презентации, и основной язык общения на них — именно английский. Он необходим и для того, чтобы прочитать последние статьи в Интернете, разобраться в нюансах новых медицинских методик и разработок.

Многие не раз пробовали учиться самостоятельно, с преподавателем или в группе,

пытались втиснуть курсы в плотный рабочий график... Но всё шло не так. Какие курсы выбрать? Их в городе огромное количество — на любой вкус и кошелек. Однако, например, в некоторых курсах указано не количество учебных часов, а только количество занятий — по полтора часа они будут или по полчаса, неизвестно. Есть школы, в которых может измениться стоимость занятий в течение курса, если оплата зависит от количества человек в группе — чем меньше людей, тем дороже обучение. А значит, если кто-то в группе перестает посещать занятия, денежное бремя для оставшихся слушателей будет тяжелее. Как уберечься от «подводных кам-

ней» педагогики и не ошибиться?

Оставьте эти проблемы профессионалам!

Компания «Альбион», преподаватели которой прошли стажировку в Англии, уже 5 лет успешно работает в Центре, предлагая занятия в малых группах разного уровня. Кроме того, для сотрудников это настоящая экономия времени и средств.

Мы приглашаем всех желающих посетить презентацию программ, пройти тестирование и собеседование БЕСПЛАТНО и получить скидку на обучение в 15%.

Начало занятий — сентябрь 2014 года.

Телефоны: (921) 364-58-16, (921) 910-63-72.

Гарантируем, что вы преодолеете языковой барьер, обретете уверенность в себе, отвлечетесь от рутины. Не упустите свой шанс!

Перед грозой. Медицина в преддверии Первой мировой войны

Деятельность XIX века сменился веком двадцатым, с которым человечество связывало огромные надежды. Ушли в прошлое кровопролитные и разрушительные войны прежних времен, стремительные успехи науки вызвали радостное головокружение, близилось покорение воздуха...

Не была исключением и медицина. Со времен Крымской войны она просто переродилась. Можно без преувеличения сказать, что хирургия начала прошлого века отличалась от хирургии середины позапрошлого больше, чем хирургия 1850-х годов — от хирургии XV столетия. Подтвердилось множество догадок и гипотез как медиков, так и военных. Под них подвели научную основу, и будущая война обещала стать гуманной: в самом деле, зачем убивать вражеского солдата, когда достаточно его ранить? А пока он будет выздоравливать, и сражения отстроят...

Итак, к 1900 году все армии Европы перешли на малокалиберные (вместо 15–18 мм в обиход вошел калибр примерно 8 мм) винтовки с быстро летящими оболочечными (или, как тогда говорили, панцирными) пулями. При ранении со средних и больших дистанций такие пули оставляли достаточно чистый и безопасный раневой канал. При выстреле в упор, правда, всё выглядело гораздо страшнее — но много ли бывает на войне выстрелов в упор?

К 1905 году (именно в этом году вышло второе издание «Военно-полевой хирургии» проф. Зейделя) врачи успели рассмотреть множество теорий действия пули — теорию сжигания тканей (пуля раскаляется и проходит сквозь тело как раскаленный штырь), воздушную теорию (пуля гонит перед собой столб сжатого воздуха), теорию плавления

и взрыва (пуля плавится в полете, и от нее отрываются кусочки свинца и оболочки)... Все эти гипотезы были тщательно проверены и отвергнуты. Картина огнестрельного ранения предстала, в общем, в почти современном виде — гидродинамическое действие пули и ушибленная рана. Нашло свое объяснение и сложное строение раневого канала: неравномерность строения человеческого тела и растяжимость кожи и мышц приводят, с одной стороны, к уклонению пули (особенно медленно летящей) от прямой линии, а с другой — к временной деформации тела, после восстановления дающей извилистый канал.

Всем вполне было понятно, что ни пуля, ни кожа солдата, ни его одежда не стерильны; чистых огнестрельных ран в бактериологическом смысле не существует, как и писал об этом Зейдель; но на практике опасность оказалась не столь велика. Закрывание раны антисептической (или асептической) повязкой сразу же снизило смертность раненых, что не было удивительным в сравнении с обязательным исследованием раны немытым пальцем и немытым же зондом в поисках пули (именно так и было принято делать ранее). Понятно, что врачей было мало, организованы они были посредственно и редко когда могли предложить что-либо существенно лучшее, чем перевязка и покой. Да и тогдашние антисептики — термокаутер, пятипроцентный раствор карболовой кислоты, сулема и прочие «прелести» могли повредить пациенту как бы не больше, чем инфекция.

«Похороны антисептики» состоялись в 1911 году. Англо-бурская война как будто началась для того, чтобы обеспечить торжество тактики «не трогать». Прокаленные

солнцем сухие холмы с очень малой плотностью хозяйственной деятельности были практически асептическим театром военных действий. Если раненого не возили слишком часто, далеко и тряско, рана от оболочечной пули со средней дистанции заживала быстро и чисто. Всякое смывание и промывание, зондирование и исследование пальцами категорически не рекомендовалось. Повязки, морфий, холодные компрессы. Внимательный читатель вспомнит, что именно так лечили Турбина в «Белой гвардии» Булгакова.

Однако некоторые признаки первичной хирургической обработки уже появлялись. Загрязненную или осколочную рану уже рекомендовалось очистить и срезать нежизнеспособные ткани, и только после этого — обеспечить свободный отток раневого отделяемого и покой.

При серьезных поражениях сосудов их перевязывали (этим термином называется не наложение повязки, а операция по полному перекрытию сосуда), при меньших — накладывали сосудистый шов.

Состояние шока продолжало оставаться загадкой: всплеск «теорий шока» — это межвоенное время. Переливание крови категорически осуждалось авторитетами, но вливание (внутривенное или подкожное) физиологического раствора уже считалось важнейшим противошоковым мероприятием.

Повязки с вытяжением по-прежнему оставались единственным способом лечения переломов. Эсмархов материал для шины (тонкие дощечки между двумя слоями ткани, проклеенные силикатным клеем) был первым шагом к универсальным шинам (вторым стали сетчато-проволочные конструкции Сарацина). А солдатам стали выдавали асептиче-

ские индивидуальные пакеты Эсмарха, почти такие же, как современные.

К началу XX века уже появились полупортативные рентгеновские аппараты — ящики или на конструкции, подобной артиллерийскому лафету с передком. В комплект входили бензогенератор на пару киловатт и рентгеновский аппарат. Вместе с ними везли экран, запас пластинок и реактивов.

Заметный прогресс в чисто медицинском аспекте сочетался с полным отсутствием прогресса, если не регрессом, в аспекте организационном. Если прогресс собственно медицины за 50 лет был стремителен, то организация ее практически не изменилась: на уровне полка — перевязочный пункт, в дивизии — главный перевязочный пункт, полевой госпиталь — в армии и стационарные — в тылу. Лечебные учреждения полностью подчинялись армии. Врачи имели в лучшем случае совещательный голос. А военные не понимали, к примеру, для чего в дивизии нужен госпиталь, и возили его свернутым, как чемодан без ручки. Вся медпомощь была подчинена эвакуации во что бы то ни стало — эвакуировали нетранспортабельных. Прекрасно оборудованные санпоезда стояли без дела, а раненых вывозили в теплушках, кое-как застеленных соломой, с одним фельдшером на состав. Почему так? Как надо лечить, чтобы возвращать в строй три четверти раненых?

Этот вопрос встал во всей остроте в 1914 году. Тогда общей военной медицине и ее уровню пришлось пройти путь от беспомощности и слабости к прорыву и прогрессу.

*Материал подготовил специалист
редакционно-издательского отдела В.А. Трусов*

Неповторимый во всём: Анри Матисс

Поиск самого себя, личностного авторского стиля — важное условие развития для любого талантливого художника. Рано или поздно каждый из великих мастеров находил свои уникальные методы и приемы, свойственные только ему, формировал личностное понимание роли живописи и собственное видение окружающего мира. Но из всякого правила обязательно должны быть исключения, лишь подтверждающие это правило. Одним из таких исключений был знаменитый французский художник Анри Матисс, после смерти которого сам Пабло Пикассо коротко и емко охарактеризовал его творчество одной фразой: «Матисс всегда был единственным и неповторимым».

Наследие этого человека невозможно представить себе в рамках какого-либо отдельного направления, поскольку он постоянно выходил за любые ограничивающие его границы, снова и снова устремляясь туда, где до него никто еще не бывал. Всю жизнь Матисс находился в безостановочном поиске своего стиля. В стремлении к максимально эффектной и одновременно гармоничной

выразительности он менял свои художественные инструменты и техники — и менялся сам. Почти в каждом художественном направлении, существовавшем в период расцвета классического модернизма, этот живописец сумел сказать свое особое слово.

Всё началось в тот день, когда у Анри, занимавшего скучную должность помощника адвоката, случился приступ аппендицита. Мать, желая развеселить выздоравливающего после операции сына, подарила ему коробку красок. Вскоре Матисс уже добивался у отца разрешения учиться в Париже на художника. Во время обучения у Юстава Моро в Школе изящных искусств юноша познакомился с начинающими живописцами Альбером Марке и Жоржем Руо. Позже состоялось его знакомство с Полем Синьяком, виднейшим последователем основателя дивизионизма Жоржа Сёра. Влияние импрессионизма и дивизионизма, собственные эксперименты с цветовыми контрастами — всё это очень сильно сказалось на ранних произведениях художника. Его работы и картины его товарищей Вламinka, Дерена, Руо и Марке, выставленные

в Осеннем Салоне 1905 года, критики называли «дикими», отсюда и произошло название нового направления — «фовизм» (от французского fauve — дикий). Фовисты трактовали технику импрессионизма на свой лад: вполне ясные и конкретные образы, изливаясь в цветовых пятнах и переливании красок, превращались во «фруктовый салат», наполненный искренними чувствами художника к произведению. Художник становился «живописным гурманом», умеющим сочетать несочетаемое. Если в конце XIX века импрессионисты доказали, что академическая живопись — архаичное и устаревшее искусство, то фовисты в начале следующего столетия утвердились в этом мнении. Обыденный сюжет, такой как пейзаж, портрет или натюрморт, с легкостью наполнялся красным, лиловым, желтым и зеленым цветами — и оживлялся буквально на глазах. Это и была та «дикость», о которой заговорили искусствоведы после первой выставки фовистов.

Анри Матисс всегда чувствовал в цвете силу, способную подчеркнуть ощущение и восприятие картины. В своих произведениях



*Анри Матисс, Танец, 1910. Холст, масло.
260×389 см. Государственный Эрмитаж*

он заставил цвет излучать свечение и ритмическую пульсацию. Это заметно на одной из самых знаменитых его работ, картине «Танец», которая на сегодняшний день находится в Эрмитаже. Стремясь к максимальному выражению конкретности, художник удалял все несущественные детали и предельно упрощал формы, считая вредным и ненужным всё, что не было энергичным и не вызывало эмоций. Многие матиссовские композиции кажутся обманчиво простыми, но за каждой из них стоит титанический творческий труд, создающий поразительное напряжение этой «кричащей и голой» простоты.

*Материал подготовил специалист
редакционно-издательского отдела В.А. Трусов*