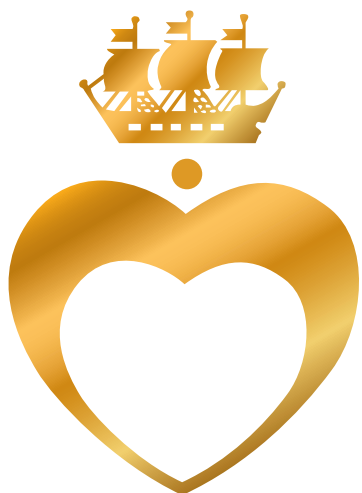


КЛИНИКА		СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА	ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	О ПРЕКРАСНОМ	А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ...	МЕДИЦИНА В ИСТОРИИ ВОЙН
Мастер-класс по СО ₂ - лазеру	Уникальная операция в перинатальном центре	Сон, здоровье, жизнь	История трансплан- тологии	Покоривший Париж	Жеребенок из пробирки	Военная медицина во время правления Николая I
2	2	3	3	4	4	4



НОВОСТИ

ALMAZOV CENTRE NEWS

Центра Алмазова

№ 4(44)

www.almazovcentre.ru

апрель 2014

13-я Российско-Швейцарская научно-практическая конференция

10 апреля 2014 года в ФГБУ «Федеральный исследовательский центр им. В.А. Алмазова» прошла 13-я Российско-Швейцарская научно-практическая конференция с участием 50 врачей различной специализации из Швейцарии.

Председатель — Директор института эндокринологии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» профессор Е.Н. Гринёва.

В рамках конференции обсуждались актуальные проблемы лечения артериальной гипертензии, сахарного диабета и сердечно-сосудистых болезней. Для коллег из Швейцарии была организована экскурсия по Центру: гости посетили приемное отделение и кардиологическое, консультативно — диагностический центр и рентген — эндоваскулярную операционную, а также отделение реанимации и интенсивной терапии.



Профессор Т.В. Вавилова

28 марта в нашей стране прошла всероссийская социальная акция «День МНО (международного нормализованного отношения)», посвященная проблемам мониторинга антикоагулянтной терапии. Свой комментарий по этому поводу дала заведую-

Всероссийская акция «День МНО»

щая кафедрой клинической лабораторной диагностики и генетики ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» профессор Татьяна Владимировна Вавилова.

Цель акции, прошедшей в 14 регионах РФ — привлечение внимания общественности к проблеме лечения сердечно-сосудистых заболеваний, предотвращения сердечно-сосудистых катастроф с помощью приема антикоагулянтов (варфарина) в определенной группе больных и регулярного контроля действия препарата с помощью МНО.

Татьяна Владимировна отметила, что проблема антикоагулянтной терапии является очень важной и актуальной, поскольку многим пациентам она спасает жизнь и назначается для постоянного приема. Точную статистику о больных, принимающих варфарин, собрать по России очень сложно. По

нашим данным в поликлиниках 13 районов Санкт-Петербурга постоянно наблюдается более 13000 пациентов. Эти цифры, конечно, не полные.

Главная проблема в этом вопросе — лабораторный контроль, так как каждому пациенту доза подбирается индивидуально в соответствии с целевым значением МНО. Наиболее эффективной и безопасной тактикой лабораторного контроля и дозирования препарата является использование портативных систем измерения МНО самим пациентом (портативные коагулометры). «Основные положительные стороны такой организации контроля: частое измерение МНО и моментальное получение ответа, отсутствие зависимости от лаборатории, использование для анализа капиллярной крови. В итоге — большая приверженность больного лечению

и улучшение результатов терапии. Прибор не требует специальных помещений и персонала. Несомненно, больного необходимо научить пользоваться прибором, правильно оценивать результаты измерения МНО, понимать механизм действия варфарина и основные принципы коррекции дозы. Обучение пациент должен проходить в специальных «Школах» для больных, принимающих варфарин. Тогда он сможет осуществлять самоконтроль и достигать лучших результатов лечения», — отмечает Татьяна Владимировна.

Такие мероприятия, как День МНО, призваны привлечь внимание общественности к этой проблеме и напомнить о том, что система контроля антикоагулянтной терапии в России должна быть коренным образом пересмотрена. Сделать это необходимо в рамках обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно для больного.

Совместное заседание Турецкого общества по артериальной гипертензии и Российского кардиологического общества

19 апреля 2014 года в Федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А. Алмазова прошло совместное заседание Турецкого общества по артериальной гипертензии и Российского кардиологического общества.

39 турецких кардиологов посетило Центр Алмазова с целью ознакомиться с его возможностями и обсудить способы исследования и лечения артериальной гипертензии. С приветственным словом выступили сопредседатели конференции — Генеральный секретарь РКО, профессор А.О. Недошивин и вице-президент Турецкого общества по артериаль-

ной гипертензии профессор Юнус Эрдем (Yunus Erdem).

С докладом о результатах исследований артериальной гипертензии в России выступила профессор А.О. Конради. Кроме того, в докладах были освещены результаты исследований в Турции, роль частоты сердечных сокращений и метаболических параметров при лечении артериальной гипертензии. Каждый доклад получил продолжение в оживленной дискуссии.

По завершении заседания гости смогли ознакомиться с работой центра.



Мастер-класс по лапароскопическим органосохраняющим операциям с применением CO₂-лазера



В операционной

В последние годы лазерные системы всё больше входят в круг необходимых инструментов в руках практикующего врача. Огромные возможности раскрывает применение лазерных технологий в гинекологической практике. В чем же преимущество использования лазерных методов лечения?

Анализируя опыт, накопленный зарубежными практикующими гинекологами, видно, что наибольшее применение в лапароскопии нашли CO₂-лазерные системы со специали-

зированными сканирующими системами SurgiTouch и специальными микроманипуляторами, которые вместе с лапароскопом составляют единый гинекологический комплекс, обеспечивающий врачу возможность осуществлять визуальный контроль за проведением процедуры через лапароскоп.

Области применения CO₂-лазерной установки включают в основном энуклеацию миоматозных узлов, вапоризацию эндометриальных кист и гетеротопий.

Единственный в России универсальный CO₂-лазер, сочетающий в себе использование привычного свободного луча и гибкого волокна, находится на апробации НИЛ оперативной гинекологии с января 2014 года. Спектр операций, в которых используется CO₂-лазер, теперь расширен благодаря возможности доставки гибкого волокна в анатомически труднодоступные зоны.

Внедрение CO₂-лазера в работу хирургического стационара весьма перспективно, так как эта система обладает множеством преимуществ:

- минимальная инвазивность;
- отсутствие кровотечения и, следовательно, сухое операционное поле;
- уменьшение послеоперационных болей, отсутствие отека и осложнений, быстрый период реабилитации;
- сокращение объема необходимой анестезии;
- сокращение сроков послеоперационной реабилитации;
- исключение рубцевания ткани и ускорение процессов заживления после лазерной гинекологической процедуры;
- высокая мощность лазерной системы (30 или 40 Вт), обеспечивающая возможность прецизионной работы в лапароскопической гинекологии;
- снижение себестоимости лечения.

По словам зав. НИЛ оперативной гинекологии, доктора медицинских наук Эдуарда Владимировича Комличенко, сегодняшнее событие уникально тем, что данный вид лазера применяется в нашей стране только в Центре им. В.А. Алмазова и позволяет максимально точно провести операцию при минимальной кровопотере.

31 марта и 1 апреля 2014 года в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ прошел мастер-класс с участием всемирно известного оперирующего гинеколога — профессора Карло Гастальди из Италии (Istituto Citta di Bresta).

Программа мастер-класса включала в себя лапароскопические органосохраняющие операции у пациенток репродуктивного возраста с диагнозами «миома матки» и «эндометриоз» с применением CO₂-лазера. На мероприятии присутствовали научные сотрудники НИЛ оперативной гинекологии «ФМИЦ им. В.А. Алмазова», оперирующие гинекологи СЗГМУ им. И.И. Мечникова, а также хирурги медицинских стационаров Санкт-Петербурга.

«Сотрудничество с профессором К. Гастальди очень продуктивно. Несмотря на то, что уровень лапароскопии у наших стран одинаковый, опыту и знанию нюансов все-таки стоит поучиться», — отметил Эдуард Владимирович.

З.Х. Гамзатова,
докторант ФМИЦ им. В.А. Алмазова

Кесарево сечение параллельно с селективной эмболизацией маточных артерий в Федеральном специализированном перинатальном центре

1 апреля 2014 года в Федеральном специализированном перинатальном центре ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ 25-летней пациентке провели органосохраняющую операцию — кесарево сечение с селективной эмболизацией маточных артерий и аутогемореинфузией.

Одной из жизнеугрожающих патологий у женщин во время беременности и родов являются различные аномалии прикрепления плаценты к стенке матки, что может привести к массивному акушерскому кровотечению, которое в свою очередь является ведущей причиной материнской смертности. Именно поэтому такие беременные относятся к группе высокого риска и направляются в Федеральный специализированный перинатальный центр ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ.

Целью проведения эмболизации маточных артерий во время операции кесарева сечения стала профилактика массивной кровопотери и сохранение матки при подозрении на вращение плаценты. К факторам риска относят предлежание плаценты, а также имеющиеся в анамнезе операции на матке (кесарево сечение, миомэктомия и т.д.).

Все случаи предлежания плаценты, тем более подозрение на ее вращение (по данным

УЗИ и МРТ), являются абсолютным показанием для оперативного родоразрешения в Перинатальном центре — в экстренном порядке при кровотечении и в плановом порядке при доношенной беременности. При этом риск развития кровотечения во время таких операций остается по-прежнему очень высоким. В любой момент врачи могут столкнуться с кровотечением. В этом случае используется современная технология, позволяющая собрать потерянную кровь и после соответствующей обработки вернуть ее в кровеносное русло пациентки, что позволяет избежать рисков, связанных с переливанием чужой крови. Эмболизация маточных артерий на сегодняшний день является наиболее эффективным методом в борьбе с акушерским кровотечением (его эффективность составляет 96%).

Надо отметить, что специалисты Федерального специализированного перинаталь-

ного центра имеют большой опыт применения комбинированных органосохраняющих операций, тогда как в других регионах России этот опыт еще не велик. Это связано с тем, что в родильных домах нет ангиографических операционных. В Федеральном специализированном перинатальном центре ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ введена в действие рентгеноперационная, где проводится эмболизация маточных артерий под контролем современного ангиографического оборудования. Врачи отделения патологии беременности совместно с рентгеноваскулярными хирургами используют новейшие технологии по ведению эндоваскулярных операций, проводя эмболизацию маточных артерий как альтернативу хирургическому лечению миомы матки.

По словам главного врача Федерального специализированного перинатального центра Алексея Борисовича Ильина, «для проведе-

ния такой сложной медицинской манипуляции необходима целая группа специалистов: рентгеноваскулярный хирург устанавливает катетер в маточные артерии и вводит эмболию в просвет сосудов, анестезиолог обеспечивает анестезиологическое пособие, акушер-гинеколог квалифицированно проводит операцию кесарева сечения, неонатологи принимают и выхаживают новорожденного. Важнейшую роль в оказании помощи играет и диагностика. На сегодняшний день самыми достоверными методами выявления аномалий прикрепления плаценты являются УЗИ и МРТ. Благодаря работе сотрудников отделения функциональной диагностики мы своевременно получаем возможность диагностики различных аномалий прикрепления плаценты. Затем в плановом порядке мы проводим данное оперативное вмешательство, и пока результаты нас только радуют».

11 апреля состоялась лекция эксперта мирового класса в области эхокардиографии

В рамках заседания научно-клинического совета состоялась лекция приглашенного эксперта из США Navin Nanda. Эксперт мирового класса прочитал лекцию на тему «Клиническое использование трансторакальной и транспищевой эхокардиографии в 3D и 4D-режимах. Эхокардиография 5D?»

Navin Nanda — заслуженный профессор медицины и сердечно-сосудистых заболева-

ний, директор Лаборатории эхокардиографии в Университете Алабамы (Бирмингем) и директор Лаборатории эхокардиографии в Клинике Кирклин Университета Алабамы. В 1991 году основал Международное общество эхокардиографии.

После лекции всемирно известный кардиолог провел мастер-класс для врачей по УЗИ-обследованию сложного пациента.



Сон, здоровье, жизнь

Нашему обыденному сознанию свойственно не замечать очевидное, привычное, повседневно наблюдаемое. Замечаем ли мы воздух, которым дышим? Только когда он испорчен или его не хватает. То же касается и сна. Мы живем, работаем, устаем, отдыхаем... И вдруг — бессонница... И начинаются поиски снотворных. Знакомая и, к сожалению, довольно распространенная картина.

К сожалению, при всех достижениях современной технологической цивилизации страдает ее гуманитарный аспект, что проявляется, в частности, недостаточным вниманием общественности и даже профессиональных кругов к некоторым, не очень явным, не кричащим о себе проблемам. В число этих молчаливых проблем входят вопросы значения сна в жизни человека и, во всё больших масштабах, его роли в поддержании здоровья, а подчас — и жизни.

Мало кто знает, что примерно до трети всех случаев ДТП связаны именно с неодолимым, кратковременным наступлением сна у водителей, обусловленным, в свою очередь, теми или иными нарушениями их ночного сна. Анализ случаев аварий на технических

объектах также показывает, что ошибки диспетчеров, операторов, машинистов тоже возникают не сами по себе. В мире существует обширная статистика распространенности нарушений сна у населения разных стран и разных профессиональных групп, их влияния на общую картину заболеваемости и смертности, не говоря уже о снижении производительности труда и потерь в экономике. В целом получаются колоссальные убытки — не говоря уже об ухудшении здоровья популяции, включая и вторичные вредности, связанные с применением больших количеств снотворных, транквилизаторов и иных психотропных средств.

К счастью, современные технологии позволили совершить скачок в области «медицины сна». Прогресс в сфере биоритмологии, эволюционной физиологии, собственно науки о сне — сомнологии постепенно приводит нас к пониманию истинной роли сна в жизни всех живых существ. Ведь все они спят, даже самые простейшие. Очевидно, неспроста этот механизм появился и закрепился в эволюции. И если еще совсем недавно мы считали, что главное значение имеет длительность сна,

то сегодня ясно — это зачастую вопрос второстепенный. Центральное значение имеет его качество. Дело в том, что сон как физиологическое состояние далеко не прост. Он имеет сложную структуру, или, как принято говорить, архитектуру. Он неоднороден по составу, имеет несколько циклов в течение ночи, причем каждый цикл состоит из отдельных стадий (фаз) и фазовых переходов между ними. Каждая фаза выполняет строго определенную функцию — в одних преобладает то, что раньше приписывали всему сну, то есть «просто» отдых, в других: интенсивная деятельность по усвоению полученной за день информации, ее структурированию и даже выстраиванию планов на будущее. Это всё в символическом виде отражается в наших сновидениях. Также обнаружилось, что мы все видим сны, и не один раз за ночь, только не все их запоминают.

Лишение сна — тяжелое испытание для человека. В былые времена в некоторых культурах практиковали такой род казни — лишение сна. Если без еды человек может просуществовать около месяца, а без воды 7–10 дней, то без сна — всего 3–4 дня.

Мы не так много знаем про сон, но знаем достаточно, чтобы сделать главный вывод: сон — это очень серьезно. Изучение сна

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА



с помощью современной аппаратуры позволяет не только глубже узнать и познать самих себя, но и обнаружить симптомы многих заболеваний до того, как они проявятся, более тонко диагностировать и дифференцировать проявления уже имеющихся заболеваний, уточнять терапию, подбирать наиболее адекватные методы лечения и т.д.

Таким образом, нам всем предстоит серьезно пересмотреть свое отношение к этой важнейшей функции нашего организма.

*Александр Леонидович Горелик,
к. м. н., нейрофизиолог*

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Клиника неврозов и психотерапии*

История трансплантологии

В истории медицины можно насчитать тысячи попыток пересадки органов и тканей здорового человека больному, а также использования в этих целях органов трупов и животных. Идея пересадить органы и ткани существует столько же, сколько существует медицина. Упоминания об этом можно найти в античной мифологии, христианских легендах, народных сказаниях средневековья, в дошедших до нашего времени медицинских трактатах. Однако начало собственно научной трансплантации относят к XIX веку. Первые опыты в трансплантологии носили экспериментальный характер.

Разработка метода сосудистого шва французским хирургом Алексисом Каррелем (1902) явилась новой точкой отсчета в хирургии и трансплантологии и обусловило возможность трансплантации органов с сохранением кровоснабжения. Он стал основоположником экспериментальной трансплантации жизненно важных органов и получил Нобелевскую премию в области физиологии и медицины в 1912 году. В период с 1905 по 1906 год провел серию аллогенных трансплантаций органов и конечностей от одного животного другому. В России важную роль сыграли исследования выдающегося хирурга и естествоиспытателя Н.И. Пирогова. Его монография «О пластических операциях вообще, о ринопластике в особенности» (1835) стала настольной книгой для целого поколения трансплантологов и пластических хирургов.

В 1933 году советский хирург Ю.Ю. Вороной впервые в мире сделал пересадку трупной почки человеку. Затем последовали эксперименты выдающегося советского ученого В.П. Демикова, который начиная с 1946 года регулярно проводил уникальные операции по пересадке органов собакам. Он по

праву считается «отцом мировой трансплантологии». К значимым событиям также можно отнести операции по пересадке мозга и первую имплантацию искусственного сердца В.П. Демиковым (1937), первые успешные пересадки почки от живых доноров в клинике Дэвида Хьюма (1951–1954), первую в России успешную пересадку почки Б.В. Петровским (1965). Позже последовали первая в мире ортотопическая трансплантация печени Томасом Старзлом (1963), первая аллотрансплантация поджелудочной железы человеку Уильямом Келли и Ричардом Лиллехеем (1966), успешные пересадки одного легкого (Джозел Купер, 1983 год) и двух легких (он же, 1986 год).

Настоящий прорыв в области трансплантологии произошел с первой успешной пересадкой сердца человеку, которую осуществил кардиохирург из ЮАР Кристиан Барнард. В России первым трансплантацией сердца провел академик РАН и РАМН В.И. Шумаков в 1987 году. Сейчас его имя носит ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» в Москве, считающийся главным учреждением Российской Федерации в области клинической и экспериментальной трансплантологии.

Выход трансплантации из стадии теоретических и экспериментальных исследований в область практического применения повлек за собой необходимость разрешения ряда сложных вопросов морально-этического и юридического регулирования.

В 1985 г. Международной трансплантологической ассоциацией были приняты стандарты при использовании почек от неродственных доноров. В том же году Этическим комитетом международного общества трансплантологов были сформулированы этические

стандарты трансплантации органов от умерших людей. В 1987 году на 39-й сессии Всемирной медицинской ассамблеи была подписана Декларация по трансплантации органов человека.

В 1991 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были одобрены Руководящие принципы, регламентирующие трансплантацию органов и тканей человека, рекомендованные для использования при выработке политики в данной области. Вышеперечисленные принципы лежат в основе национальных законодательств большинства стран, в которых развивается трансплантология. Кроме того, был принят ряд актов, содержащих рекомендации по развитию органного донорства и трансплантации. Одним из таких актов является Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами, принятая участниками Стамбульского Саммита в 2008 году. Согласно декларации, каждая страна должна гарантировать развитие и осуществление программ, предупреждающих дефицит донорских органов, и обеспечивать своим гражданам предоставление органов для трансплантации в пределах своего населения или за счет региональной кооперации. Таким образом, страны должны пытаться достигнуть самообеспечения в органном донорстве. Торговля органами и трансплантационный туризм должны быть запрещены.

В России с 1937 по 1992 год действовало Постановление Совнаркома СССР «О порядке проведения медицинских операций», согласно которому тела граждан после смерти становились государственной собственностью, которую врачи могли использовать в общественных интересах. Государство с помощью инструкций регламентировало всю работу по донорству и трансплантации.

Принятый в 1992 год закон РФ «О трансплантации органов и/или тканей человека»

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ



В.П. Демиков

соответствует принципам защиты прав и достоинства человека и Руководящим принципам ВОЗ и является одним из основных нормативно-правовых актов, регулирующих трансплантационную и донорскую активность в России.

С целью предоставления актуальной информации в области донорства органов и тканей и их трансплантации в 1998 году был создан Международный регистр органного донорства и трансплантологии (The International Registry of Organ Donation and Transplantation IRODaT). Он позволяет в реальном времени отслеживать количество органных доноров и осуществленных трансплантаций. С 2008 года данные национального российского регистра включаются в общую базу. Мониторинг донорской и трансплантационной активности в РФ проводится под эгидой Профильной комиссии по трансплантологии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России и Российского трансплантологического общества.

Материал подготовила Е.В. Уварова



CLINICAL KEY

В ФМИЦ им. В.А. Алмазова продлен полнотекстовый доступ к новейшей электронной библиотеке по медицине издательства ELSEVIER!

www.clinicalkey.com

Электронная база данных ClinicalKey доступна со всех компьютеров сети Центра до 31 октября 2014 г. У сотрудников есть уникальная возможность получить бесплатный индивидуальный удаленный доступ к ресурсу. За более подробной информацией обращайтесь в Научную Библиотеку Центра (КПК, 6 этаж, тел. 702-37-70).

Доступные материалы:

- 1100 книг — учебники, атласы и руководства
- Клинические рекомендации (Guidelines)
- 587 журналов Elsevier с 2007 года
- Информация о лекарственных средствах (Drugs)
- First Consult обзоры (Point-of-Care)
- Библиотека практических умений (Procedures)
- 11 тыс. видео и 4 млн. иллюстраций
- Поиск по Medline и Clinicaltrials.gov

Жеребенок из пробирки



... что на Терском конном заводе на Ставрополье родился жеребенок из пробирки. Его отец — знаменитый конь Асуан, умерший 40 лет назад. В советское время он дал миру 250 жеребят, которые были признаны лучшими среди арабских скакунов.

251-й прямой потомок легендарного Асуана появился совсем недавно. Ему нет еще и месяца, а специалисты уже прогнозируют ему блестящую карьеру и даже строят планы по вязке для продолжения славного рода Асуана. Этот конь в свое время стал легендой и сейчас считается жеребцом столетия.

Новорожденного жеребенка назвали Аполлоном. Говорят, что он уже выделяется характером и красотой линий тела. Это будет настоящий «железный» жеребенок — так в советское время называли арабских скакунов, выращенных на Терском конезаводе.

Асуан родился в 1958 году на конном заводе Египетской сельскохозяйственной организации. Во всем мире он был признан как великолепный скакун и производитель. В экстерьер Асуана примечательными были ровный круп с высокой постановкой хвоста,

экзотически прекрасная голова, хорошие прямые плечи, а также огненный характер. В 1963 году президент Египта подарил его Советскому Союзу в благодарность за помощь в строительстве Асуанской плотины.

Жеребец был передан Терскому конезаводу, где прожил 22 года. Он стал лучшим арабским производителем времен СССР по качеству потомства: 180 рожденных от него жеребцов и кобыл стали чемпионами породы. Неординарность нынешнего рождения состоит в том, что жеребенок появился на свет от замороженного семенного материала своего знаменитого предка. В 80-е годы семя породистых производителей решили заморозить на случай, если человечество научится воспроизводить прямых потомков легендарных героев прошлого. Так и случилось.

Начиная с 1970-х название Терского конезавода гремело по всему миру. Здесь регулярно проводились международные аукционы, сюда приезжали самые известные

коннозаводчики из Европы, Америки, с Ближнего Востока. В обиход прочно вошел термин «русский араб». Скакуны Терского конезавода неоднократно становились чемпионами Европы и мира по экстерьеру и скачкам, получали престижный титул «Лошадь года». Звездой первой величины в те годы был также жеребец Маскат, в 1978 году проданный американцам и ставший потом трехкратным национальным чемпионом США и Канады.

Но в России оставался Асуан, и на международных аукционах более 150 потомков его были проданы в зарубежные страны практически на сумму, равную стоимости памятника ему из чистого золота. До сих пор его приплод эффективно используют в селекционной работе во всех уголках планеты. Памятник ему на территории Терского конезавода, не золотой, конечно, но всё-таки был поставлен, причем вместе с его самой любимой женой — кобылой Натурщицей.

О ПРЕКРАСНОМ

Покоривший Париж

Полотна Поля Сезанна легко узнаваемы благодаря его уникальной живописной манере, но эта манера — следствие болезни мастера. Современные врачи говорят, что художник, наотрез отказывавшийся носить очки, страдал от фоновой ретинопатии — особой формы близорукости, следствия сахарного диабета. Вместо предметов с четкими контурами человек с таким диагнозом видит размытые цветовые пятна. Отсюда и необычное художественное видение. Однако, хотя для диабета характерна также сильная

слабость, вследствие чего больные передвигаются медленно, ходоком Поль Сезанн был, по воспоминаниям современников, просто неутомимым: его влекла природа, он обожал безлюдные места, причем с детства.

Глядя на полные жизни, лучезарные пейзажи этого живописца, трудно представить, что созданы они человеком, не отличавшимся крепким здоровьем. Поль Сезанн страдал от хронического диабета, а как известно, эта болезнь влияет на зрение.

«Мой возраст и мое здоровье не дадут мне осуществить мечту, к которой я стремился всю свою жизнь, — писал Поль. — Но я всегда буду благодарен тем умным ценителям искусства, которые, невзирая на мои колебания, поняли, чего я пытался добиться, дабы обновить свое искусство. Я считаю, что своим искусством нельзя заменить прошлое, можно только прибавить к нему новое звено». И каждая картина Сезанна становилась именно таким звеном.

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



Поль Сезанн. Натюрморт с драпировкой.
55х74,5 см, холст, масло, 1895.
Государственный Эрмитаж

МЕДИЦИНА В ИСТОРИИ ВОЙН

Военная медицина во время правления Николая I

Развитие экономики России в конце XVIII в. и в первой половине XIX в. в значительной степени зависело от внешних рынков и надежных торговых путей, в частности, от возможности свободного выхода в Средиземное море. Проникнув на Восток экономически и политически, Россия столкнулась с интересами Англии в Иране и Средней Азии.

Особое опасение некоторых государств Западной Европы вызывало то, что Россия укрепила свои позиции, на Ближнем Востоке в связи с ослаблением Турции (в результате ряда неудачных войн против России) и, в частности, могла получить преимущество в пользовании черноморскими проливами.

9 (22) мая 1853 г. последовал разрыв дипломатических отношений между Россией и Турцией. Вслед за этим англо-французский флот вошел в турецкие воды. 21 июня русские войска перешли р. Прут и оккупировали Придунайские княжества (Молдавию и Валахию).

Военные действия были начаты турками у Исакии (устье Дуная) 11 октября 1853 г. без объявления войны, а 16 октября 1853 г. турецкий отряд в результате внезапного нападения овладел русским фортом Святого Николая на Кавказском побережье. 21 октября царское правительство объявило войну Турции.

18 ноября эскадра адмирала Нахимова уничтожила турецкую эскадру Осман-паши в Синопском порту. Но разгром турецкого флота ускорил начало войны с Англией и Францией, тут же заключившими между собой соглашение о совместных действиях против России. Английский и французский флоты должны были войти в Черное море и помешать русским действовать...

Назревала большая война. И, конечно же, она требовала большого участия медиков.

Медицинское обеспечение русской армии строилось на основе устава от 21 марта 1828 г. и изданных в 1829 г. правил «Об учреждении при действующей армии подвижных и временных военных госпиталей, снабжении

оных и управлении по части хозяйственной и медицинской». Согласно этим руководящим документам каждому корпусу полагался свой подвижной госпиталь, формировавшийся на период боевых действий распоряжением корпусного штаб-доктора через посредство корпусного госпитального комитета за счет лекарей и фельдшеров. Их выделяли из полков или из корпусного депо медиков. Подвижные госпитали сопровождали войска в их походах и должны были во время сражений располагаться возможно ближе к центру корпуса с тем, чтобы быстро оказывать медицинскую помощь раненым, а в случае опасности со стороны неприятеля «включаться в каре», то есть особое построение, образуемое войсками.

Выбор места дислокации корпусного подвижного госпиталя (КПГ) в предвидении сражения производился корпусным штаб-доктором и обязательно утверждался начальником штаба корпуса. Раненые доставлялись в подвижной госпиталь, как правило, с перевязочных пунктов войсковых частей, где им была оказана первая помощь лекарями и фельдшерами. Штатные санитары и носильщики в войсках отсутствовали, раненые выносились с поля боя солдатами, которым это дело поручали командиры. В КПГ по штату предусматривался специальный транспорт в количестве 50 линеек, предназначенных для эвакуации раненых в ближайшие временные полевые госпитали.

Подсчет нужного количества временных полевых госпиталей и установление их классов производились Главнокомандующим армией. Временные полевые госпитали развертывались на коммуникациях армии и располагались в 2–3 линии, в зависимости от удаления войск от их операционного базиса (исходного положения).

Что делал полевой врач? Исследовал раны с помощью пальцев и зонда с целью обнаружения и последующего извлечения инородных тел, производил широкое рассечение

раны, делал первичные ампутации при осложненных огнестрельных переломах (тогда считалось, что опасность для жизни от огнестрельной раны настолько велика, что по сравнению с ней опасность ампутации ничтожна). Для очистки ран, прижиганий, дезодорации зловонного раневого отделяемого применялись антисептики (спирт, йодная настойка, смолы, деготь и т. п.); для перевязок — холщовые бинты и корпия, изготовленная из хлопчатобумажной ветоши (заготавливались комиссариатским департаментом). Иммунизационные же повязки (их, а также эфирный наркоз и резекцию суставов и костей при огнестрельных переломах, впервые применил на театре военных действий в 1847 году, в период Кавказской экспедиции 1847 г. и осады аула Салты, Н.И. Пирогов) большого распространения не имели.

Смертность среди раненых была весьма высока вследствие раневых осложнений (газовая гангрена, пиемия, сепсис) и внутригоспитальной инфекции. В войсках были нередки эпидемии, настолько, что потери войск от болезней в несколько раз превышали потери от неприятельского оружия. Дело в том, что истинная природа инфекционных болезней в тот «добактериологический» период развития медицины еще не была известна, и возникновение заразных заболеваний связывалось с плохими метеорологическими условиями (дожди, сырость, ночной холод), нездоровой местностью, испорченным воздухом (миазмами). Так что и профилактика, и лечение регламентировались правилами военно-медицинской полиции, установленными на реальном опыте. Основными противоэпидемическими мероприятиями считались просторное размещение солдат, смена лагерной стоянки, ограничение физической нагрузки, питание доброкачественными продуктами, более частое, чем обычно, мытье в бане со сменой белья, предотвращение простуды (для чего

в войсках Южной, Крымской и Кавказской армий широко применялись шерстяные набрюшники). Для предупреждения заболеваемости натуральной оспой делались прививки «коровьей оспы».

При появлении инфекционных заболеваний в войсках врачам частей вменялось в обязанность проводить регулярные осмотры солдат с целью выявления заболевших и «слабосильных»; последние считались наиболее подверженными инфекции. Заразные больные направлялись в госпитали, где для них выделялись отдельные помещения. Физически ослабленные (слабосильные) солдаты переводились в «слабосильные команды» при частях. При возникновении чумы применялись жесткие карантинные мероприятия, вплоть до оцепления районов (населенных пунктов), где началась эпидемия. Намеченные для проведения в войсках мероприятия против заразных заболеваний объявлялись приказом. Несколько их было отдано во время Крымской войны в войсках Южной и Крымской армий и в отдельном Кавказском корпусе.

Исключительно большую роль в организации медицинской помощи в Крымской армии и в деле улучшения медицинского обслуживания раненых и больных на перевязочных пунктах, в госпиталях и во время перевозки на транспортах сыграл Н.И. Пирогов. В первой половине ноября 1854 г. он прибыл в Севастополь с группой врачей-хирургов и отрядом сестер Крестовоздвиженской общины. К слову, это было первой в истории военной медицины попыткой организованного и массового применения женского труда в лечебных учреждениях на войне.

Во время Крымской войны на долю медицинского состава — врачей, фельдшеров, сестер милосердия и лазаретных служителей — выпала большая и трудная работа. И, даже несмотря на неудачный ход войны и невыгодное для России заключение мира, медики справились со своим трудом столь достойно, сколь могли.