

Медицинская

18 июня 2014 г.

среда

№ 43 (7468)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам.
Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Деловые встречи

Восток встречается с Западом

В Москве прошёл Международный конгресс «Передовые технологии в гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени»



– Наша встреча объединила более тысячи участников из 60 стран мира. Это свидетельствует о большом интересе со стороны международного медицинского сообщества к обсуждаемым проблемам. Сегодняшний конгресс посвящён актуальным вопросам наиболее сложных разделов хирургии, онкологии и трансплантологии, – открыл форум руководитель Федерального медико-биологического агентства профессор Владимир Уйба.

В развитии направлений, отмеченных В.Уйбой, за последние годы был достигнут значительный прогресс. Масштабные реформы по модернизации здравоохранения и медицинской науки, проведённые за последнее время в России, позволили вывести отечественную отрасль на передовые мировые позиции. Именно признание успехов российской медицины послужило основанием для проведения в

Москве такого представительного форума.

– Конгресс посвящён наиболее сложным и актуальным вопросам хирургии, онкологии и трансплантологии. Значимость мероприятия подтверждается тем, что в нём принимают участие десятки ведущих экспертов со всего мира. В своих выступлениях они пытаются максимально доступно и интересно изложить последние достижения в борьбе со многими социально

значимыми заболеваниями, – уверен руководитель Центра хирургии и трансплантологии Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна ФМБА России Сергей Восканян. – Не сомневаюсь, что конференция принесёт колоссальную пользу всем участникам и окажет незаменную помощь практическим врачам. Надеюсь, что уже в очень скором времени наша встреча аукнется, в хорошем смысле этого слова, в виде улучшения здоровья и качества жизни наших пациентов, – добавил он.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: Н.Лигидакис (справа) в кругу коллег.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Дежурный по номеру: Илья КАГАН

Профессор кафедры
оперативной хирургии
и клинической анатомии
им. С.С.Михайлова
Оренбургской
государственной
медицинской академии,
доктор медицинских наук,
заслуженный деятель
науки РФ.



Современные технологии

Верный путь урологов

Урологическое отделение «тысячечечной» больницы Владивостока, которое чаще всего сталкивается с экстренными проявлениями такой патологии, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), с блеском применяет все необходимые знания для её лечения. Это подтвердили участники всероссийской конференции, прошедшей в Сочи и посвящённой диагностике и лечению ДГПЖ.

– Сегодня для ДГПЖ необходимы контроль и современная консервативная терапия, а оперативное лечение применяется в самом крайнем случае. А вот ранее упор делался именно на вторую составляющую. Мы уже давно идём по первому пути и ещё раз убеждаемся в правильности наших действий, – говорит Александр Филиппов, заведующий 1-м урологическим отделением Владивостокской клинической больницы № 2.

Отметим, что сюда чаще всего попадают пациенты с запущенными проявлениями

патологии – острой задержкой мочи и внутренними кровотечениями. За год через отделение проходит 300-400 человек с расстройствами мочеиспускания. Все такие пациенты могут рассчитывать на качественную помощь урологов – купирование болезни и консервативное лечение лекарственными препаратами, хорошо зарекомендовавшими себя на практике.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Охрана здоровья подростков как предмет взаимодействия всех уровней власти.

Стр. 4.

Конфликт великих реформаторов психологии.

Стр. 15.

Сотрудничество

Японский сад появится на Байкале

Символом дружеских отношений России и Японии призван стать сквер, который решено разбить на территории Иркутского областного клинического диагностического центра в год его 15-летия.

Как пояснил директор ИДЦ Игорь Ушаков, в конце 90-х Правительство Японии одобрило и выделило Иркутской области кредит на строительство медицинского учреждения нового уровня. С тех пор диагности-

ческий центр поддерживает профессиональные и дружеские отношения с партнёрами из Страны восходящего солнца, которые уже приглашены на официальную церемонию открытия сквера.

По плану, предложенному архитекторами, после благоустройства на площадке, где располагается диагностический центр, появятся газоны и цветники, «живые» изгороди, пешеходные дорожки, дополнительная автостоянка. Собственно сквер

– это парадная зона с цветниками и фонтаном из красного гранита, релаксационная зона (садик в японском стиле) и аллеи зелёных насаждений со скамейками.

Ожидается, что «придомовая» территория ИДЦ обновится уже к концу июля. Японский сад должен стать одним из самых красивых мест в городе.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

DIXION
HealthCare

Обучение среднего
медицинского персонала
в Германии

Недельная программа для среднего медицинского персонала (на русском языке) - курс повышения квалификации – 70 000 руб. (с проживанием) на человека (группа 10 человек). По окончании обучения выдаются сертификаты.

Программа для среднего медицинского персонала на 1 год, со знанием немецкого языка уровень C1 (на немецком языке, с проживанием в общежитии). После успешного завершения обучения, предоставляется работа в лучших медицинских учреждениях Германии и России.



www.medbooking.de
<http://dixon-healthcare.com/ru/uslugi/obuchenija-srednego-meditsinskogo-personala>

Телефон для справок: 8 (800) 200-59-48; 8 (495) 983-01-20

Dixon GmbH

Новости

За рубеж — в крайнем случае

— Минздрав России должен следить за работой благотворительных фондов, которые собирают деньги на лечение россиян за рубежом, — заявила на заседании Правительства РФ вице-премьер Ольга Голодец. Сегодня многие виды медицинской помощи можно получить «на очень высоком уровне», не выезжая из страны, добавила она.

Также О.Голодец отметила, что на сегодняшний день медицина в нашей стране ничуть не отстаёт от западной.

— Мы построили свою медицину, и уверенно можно говорить, что практически вся высокотехнологичная помощь сегодня может быть оказана в России. Более того, существуют примеры того, что она оказывается на уровне выше европейского, — убеждена заместитель председателя Правительства РФ.

О.Голодец предложила министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой отследить, с кого именно фонды собирают деньги, а также кто из врачей даёт заключения на лечение в других странах. Глава Минздрава объяснила, что в России для благотворительных организаций создана специальная горячая линия, по которой обговаривается практически каждый случай сбора денег для пациентов. Она заверила, что вопросы возникают лишь тогда, когда фонды не советуются с министерством.

— Помощь, оказанная на Родине, имеет очень важное реабилитационное значение, потому что все родные и близкие больного находятся рядом, — резюмировала О.Голодец.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Вакцинация в подтопленных районах

Минздрав России держит на контроле оказание медицинской помощи населению подтопленных вследствие обильного выпадения осадков и превышения критических отметок уровня воды в реках территорий республик Алтай, Тыва, Хакасия и Алтайского края. В этих субъектах РФ решением правительственной комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности был введён режим чрезвычайной ситуации.

На подтопленных территориях были оперативно развернуты пункты временного размещения населения, организованы подворные обходы и вакцинация населения.

В настоящее время на подтопленных территориях действует 64 пункта временного размещения, в которых находится 1320 человек, в том числе 430 детей.

Между тем после стабилизации гидрологической обстановки на территории республик Тыва и Хакасия режим чрезвычайной ситуации снят. А вот в Республике Алтай и в Алтайском крае обстановка пока продолжает оставаться сложной. В Алтайском крае подтоплено более 10 тыс. домов, пострадало более 35 тыс. населения. Для организации медико-санитарной помощи населению созданы штабы, действует 51 пункт временного размещения.

В Республике Алтай в настоящее время проведено более 3 тыс. подворных обходов, осмотрено более 6,5 тыс. человек, в том числе 1,5 тыс. детей. Проводится вакцинация населения, организована санитарная обработка подтопленных территорий.

На селекторном совещании руководители органов управления здравоохранением озвучили информацию о ходе работ по устранению медико-санитарных последствий наводнения и представили сведения об имеющихся объёмах лекарственных препаратов и вакцин для иммунопрофилактики.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Деловые встречи

Восток встречается с Западом

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В процессе научных сессий участники конгресса делились опытом друг с другом и представляли инновационные высокотехнологичные технологии в диагностике и хирургическом лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны, а также в области трансплантации печени.

— Этот форум даёт уникальную возможность обмена опытом, знаниями и навыками для того, чтобы расширить свой кругозор и практические возможности применения новейших разработок в данной области медицины, — отметил президент Международной ассоциации хирургов, гастроэнтерологов и онкологов Масатоши Макуучи.

— Мероприятие отражает расцвет новой эры в обсуждаемой области медицины. Наша эпоха призвана реализовать принципы междисциплинарного подхода, что является неотъемлемым и обязательным условием конечного успеха, — подчеркнул генеральный секретарь МАХГиО Николас Лигидакис. — Это наш долг, и именно поэтому все мы находимся в Москве, дабы внести свой вклад в банк международных знаний. Уверен, что впоследствии этому, без преувеличения, грандиозному мероприятию обеспечен грандиозный успех, — резюмировал он.

Известно, что в целом ряде



подходов восточной и западной хирургических школ существуют значительные различия. Это диктует необходимость их широкого обсуждения. РФ объединила Восток и Запад не только геополитически, но и во многих других социально-экономических аспектах, в том числе и в медицине; она послужила площадкой для обсуждения многих актуальных проблем.

— Всемирная организация здравоохранения сегодня очень активно участвует в различных программах совместно с хирургами, онкологами и трансплантологами. Достижение итогового успеха — наша общая задача. Летальность от неинфекционных патологий, к сожалению, непрерывно растёт во всём мире. нынешний конгресс — уникальная воз-

можность глобализации знаний по обсуждаемым проблемам. Надеюсь, что форум позволит нам выработать единый абсолютно для всех стран подход с целью эффективного противостояния весьма и весьма зловещим заболеваниям, — заявила директор Департамента по управлению неинфекционными заболеваниями ВОЗ Бенте Миккельсен.

Тот факт, что обмен знаниями и опытом, обсуждение передовых технологий в области хирургии и трансплантологии печени способствуют достижению практических результатов и дальнейшему развитию международного сотрудничества по этим чрезвычайно актуальным вопросам уже в ближайшем будущем, ни у кого не вызывает сомнений.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

МИА Сити!

НА СНИМКАХ: В.Уйба награждает М.Макуучи; С.Восканян.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Решения

— Основными направлениями деятельности Минздрава России в этом году станут диспансеризация, охрана здоровья матери и ребенка, а также развитие высокотехнологичной медицинской помощи, — заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Представление публичной декларации превратилось в обязательное действие в рамках Открытого правительства, которое добивается доступности информации о работе федеральных органов исполнительной власти. А проводится подобное заседание, где оглашается декларация, в присутствии представителей общественных и профессиональных медицинских организаций. На этот раз цели и задачи остались прежними, но количество направлений по сравнению с 2013 г. сократилось.

По словам В.Скворцовой, прошлый год стал знаменателен тем, что отрасли после длительного перерыва удалось провести всеобщую диспансеризацию населения. Ее прошли 35,7 млн человек, в том числе 14 млн детей. Она позволила провести очень четкий анализ заболеваемости россиян, учитывая особенности их работы, места проживания и возраста. При этом была выявлена большая группа здоровых лиц, имеющих высокие суммарные риски раз-

Приоритеты прежние

В Минздраве объявили публичную декларацию целей и задач на 2014 г.



вития хронических заболеваний и внезапной смерти. Как известно, работа именно с этой группой является одним из важнейших направлений профилактики. Ведь коррекция факторов риска позволяет избежать обострения хронических заболеваний. Министерство продолжает работать над этим направлением.

— При этом количество людей, находящихся под диспансерным наблюдением на каждом

терапевтическом участке должно увеличиться, — продолжила эту тему заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. — Кроме того, следует совершенствовать и нормативную базу — создать порядок по оказанию профилактической медицинской помощи взрослому населению.

В.Скворцова отметила, что немало делается и для снижения младенческой смертности. По

итогам 2014 г. этот показатель должен составлять 8,1 промилле. Для достижения данного уровня будут продолжены мероприятия по пренатальной диагностике, строительству перинатальных центров, развитию неонатальной хирургии, совершенствованию трехуровневой системы. Кроме того, снижается заболеваемость детей. И достижение намеченных индикаторов является одним из приоритетов.

Еще одно из основных направлений — развитие высокотехнологичной помощи. Директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Игорь Никитин, выступив с сообщением на эту тему, отметил, что «высокотехнологичная помощь развивается в Российской Федерации только с 2006 г., но уже за это время удалось достичь положительных результатов».

— В 2014 г. ВМП оказывается в 62 регионах нашей страны, и планируется, что в этом году помощь окажут 542 тыс. человек,

— подчеркнул И.Никитин. — При этом важно, чтобы помощь была максимально доступна населению и по большому количеству профилей предоставлялась в регионах, вместе с тем федеральные центры ВМП должны быть «перекалиброваны» таким образом, чтобы их целью являлась разработка и тиражирование новых методов.

Эту точку зрения поддержала и министр. Она обратила внимание, что высокотехнологичная медицинская помощь должна включать самые современные методы. А более освоенные технологии постепенно будут переходить в ранг специализированной помощи.

Декларация содержит главные векторы работы министерства. Хотя, конечно, направлений работы у штаба отрасли гораздо больше.

Алексей ПАПЫРИН.

МИА Сити!

Москва.

НА СНИМКАХ: представляется публичная декларация.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Для Татьяны П., фельдшера скорой помощи Невинномысска этот «момент истины» наступил ночью 15 февраля 2014 г., когда она была на дежурстве.

В 3:00 диспетчер приняла вызов: девушка, всхлипывая, рассказала, что её избил муж, у неё травма головы и ей плохо. Сборы, как обычно, были недолгими: всё под рукой; водитель вырулил за ворота, включил сирену и «скорая» понеслась по улицам ночного Невинномысска...

Вот что рассказал Татьяна о событиях той роковой ночи:

«Мы приехали по адресу, водитель остался в машине, а я пошла в квартиру. Дверь открыла девушка лет 25, я её осмотрела: признаки сотрясения головного мозга были налицо, тем более на лбу отчётливо виднелась гематома. Я сказала, что требуется госпитализация, и предложила ей собираться. Достала телефон, чтобы позвонить водителю. В это время из кухни выскочил мужчина, в руках у него был нож. Он отобрал у меня телефон и сказал, что никто никуда не поедет и что я вообще отсюда не выйду. Закрыл дверь на ключ и заявил, что зарежет меня и расчленил. Потом у него в руках появилась бутылка коньяка, и он несколько раз прикладывался. Я просила, чтобы он отпустил меня, но он и слушать не хотел: снова хватался за нож. Так прошло часа два. Наконец раздался звонок в дверь. Хозяин квартиры пошёл открывать, а за спиной держал нож. Когда дверь приоткрылась, и я увидела своего водителя, то успела крикнуть: «У него нож!» Водитель успел захлопнуть дверь и вызвал полицию... В общем, на базу мы приехали только в шестом часу.

После этого случая я дня три не могла успокоиться, пришлось даже сходить на приём к психиатру. Взрослые дети и муж уговаривали меня, чтобы

Острая тема

Человек с ножом

В жизни бывают моменты, которые могут поделить её на «до» и «после»...



я оставила эту работу... Потом был суд, и этому хулигану дали условный срок...

Мне не хотелось долго «мучить» собеседницу, так как Татьяна была с ночного дежурства, да и понятно, что предаваться таким воспоминаниям – занятие малоприятное.

Когда сотрудники «скорой» узнали, что пришёл корреспондент «по тому случаю», нашлись желающие рассказать подобные истории.

Так, в апреле этого же года другая фельдшер Елена С. выезжала на «пьяный вызов», и события едва не стали развиваться по тому же сценарию. В данном случае ситуацию спасло то, что с нею был санитар-мужчина. Тем не менее им угрожало, картина была оскорбительной и унижитель-

ной для работников «скорой». «Я написала заявление в полицию, но там сказали, что ему всё равно ничего не будет, ну, может, участковый с ним поговорит», – посетовала Елена.

Врачу Николаю Сидонкину пришлось не раз сталкиваться с агрессивным поведением, отбиваться от пациентов, которые в качестве аргумента применяли нож, табуретку и другие «подручные предметы». Впрочем, Николай Рудольфович – бывший военврач, у него не забалуешь. «Хватит заниматься увещеваниями и уговорами – надо ужесточать уголовную ответственность и применять её. К примеру, каждый второй вызов к цыганам кончается конфликтом, скандалом, они ведут себя крайне агрессивно. У нас

уже есть адреса, по которым мы без полиции не выезжаем», – рассказывает Сидонкин.

Как видно, в Невинномысске такие случаи дикого отношения к работникам скорой помощи перестали быть чем-то экстраординарным и заурядными, так сказать, «в порядке вещей».

Это моё предположение подтвердил и заместитель главного врача по медицинской части Денис Рыбальченко: «Действительно, у нас уже сложилась некая классификация подобных случаев. Первое – когда мы имеем дело с психически больным человеком, неадекватным. Здесь должна срабатывать культура человека, который вызывает скорую помощь к такому больному, он должен понимать, что пациент опасен, и предупредить об этом диспетчера. Тогда с нами едут сотрудники полиции.

Следующая ситуация, когда человек, вызвавший «скорую», хочет показать свою особую статусность, родство с большим начальством, какие-то связи, знакомства и т.п. Ему хочется поговорить, показать свою важность, значимость, и это всё идёт вразрез с нашими задачами: у врача просто нет времени выслушивать всё это – надо быстрее определиться с пациентом. Мы начинаем объяснять эти простые вещи, и уходит драгоценное время.

И третий случай – когда пациент находится под воздействием алкоголя или наркотиков, и наружу вылезают животные инстинкты...

К сожалению, у наших граждан нет понимания того, что за любое противодействие работнику экстренной службы, находящемуся при исполнении своих обязанностей, он должен нести ответственность. Такие случаи должны обсуждаться в обществе, тогда и наступит перелом в сознании. В моей практике было несколько опасных для жизни эпизодов. Подходит мужчина с огромным ножом и спрашивает: «Как ты себя чувствуешь?» Любой нормальный человек воспринимает угрозу адекватно: это – стресс.

К слову сказать, именно этого человека – Дениса Рыбальченко, такими вопросами «на смекалку» в тупик не поставишь: он более 20 лет занимается восточными единоборствами, имеет чёрный пояс II дан по айкидо айкикай. Но беда в том, что перед «человеком с ножом» чаще оказывается сотрудник, который не владеет приёмами самообороны, обычный «среднестатистический гражданин».

Что делать медицинским работникам, сталкиваясь с подобным? Как отвечать таким «пациентам»? Не оказанием помощи? Не имеют права – воспитаны Клятвой Гиппократ. Но её порой невозможно оказать из-за агрессивности самого «больного», но, что ещё хуже, – из-за агрессивности его близких, когда человек, нуждающийся в экстренной помощи врача, может её не дожидаться. Ситуация тупиковая. Но выход из неё нужно искать!

Совершенно очевидно, что проблема не надумана. Вряд ли Невинномысск является в этом смысле единственным, скорее всего, в других «городах и весях» положение не лучше. Ответственности следует вооружиться «микроскопом» и приглядеться к этому вирусу, условно назовём его – «человек с ножом».

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Проблемы и решения

На пятом месте в опасном списке

В последнее время всё чаще обсуждается профессиональный риск, который сопутствует работе врачей и среднего медицинского персонала

По статистике, медики находятся на пятом месте по распространённости профзаболеваний, опережая по этому показателю даже работников химической промышленности. Среди профессиональных заболеваний медработников преобладают инфекционные, возникающие из-за непосредственного повреждения кожных покровов использованной иглой и попадания крови пациента на слизистые оболочки и кожу медицинского работника.

Среди медицинского персонала крайне распространены уколы, порезы и иные травмы, возникающие при выполнении «ручных» манипуляций со шприцами и иглами после выполнения инъекций или взятия крови. Это объясняется всё ещё распространёнными в нашей стране способами взятия венозной крови: само-

тёком или при помощи шприца. Манипуляции по «ручной» разборке шприцев и утилизации игл, представляющие наибольший риск случайного укола и последующего заражения гемоконтактной инфекцией, практикуются почти в 95% медицинских учреждений Российской Федерации. По данным исследований, в группе максимального риска (71% из всех получивших травмы) среди всех медработников в РФ находятся процедурные медицинские сёстры. Чаще всего травмы происходят в процедурном кабинете (47,1%).

По словам главного специалиста-эксперта по управлению сестринской деятельностью Минздрава России Сергея Двойникова, при работе с кровью существует возможность передачи свыше 30 инфекций, в том числе ВИЧ и гепатитов В, С, Е. Повысить безопасность условий труда медиков,

уменьшить риск возникновения указанных негативных последствий возможно за счёт использования современных средств инженерной защиты. Осознание необходимости соблюдения правил обращения с опасными инструментами в среде медицинских работников также является обязательной частью профилактики профессиональных заражений.

По мнению С.Двойникова, основная проблема заключается в том, что в медицинских организациях Российской Федерации до сих пор недостаточно применяются современные безопасные медицинские устройства, а кроме того, отсутствует нормативная база, регламентирующая использование таких устройств. В то же время, по данным различных международных исследований, при использовании современных безопасных полых игл и катетеров частота случайных уколов, а значит, и

риск заражения медработников сокращается на 70-90%. Конструкция подобных устройств разработана с учётом снижения риска контакта медработника с иглой или режущей кромкой инструмента.

В России также прилагаются усилия для повышения безопасности условий труда медицинских работников. Так, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит положения, обязывающие медицинские организации проводить мероприятия по снижению риска профессиональных заболеваний и травматизма, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту персонала.

В настоящее время ведётся активное обсуждение отечественного Технического регламента использования колюще-режущих медицинских

изделий. Также в ближайшее время планируется пересмотр образовательных модулей последипломного образования по всем специальностям с включением блоков, связанных со стандартизацией безопасных условий труда и охраны здоровья средних медработников. Пересмотр образовательных программ планируется завершить к 1 сентября 2015 г.

Проведением работ по разработке новых образовательных модулей, а также усовершенствованию имеющихся занимаются рабочие группы по всем специальностям. В рабочие группы входят ведущие специалисты по сестринской деятельности, директора и заместители директоров медицинских колледжей по методической работе.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (1805)

В настоящее время в России ежегодно выполняется более 500 тыс. операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. У 2-15% больных развиваются послеоперационные вентральные грыжи.

Учитывая неуклонный рост абдоминальных вмешательств, особую актуальность приобретает профилактика послеоперационных вентральных грыж. Для предотвращения послеоперационных грыж многие авторы считают необходимым: строго соблюдать правила асептики и антисептики, проводить тщательный гемостаз, исключить необоснованное применение дренирования и тампонирования брюшной полости через рану.

Необходимо рационально выбирать операционный доступ, учитывая возможность образования послеоперационных невропатических грыж в связи с пересечением нервных стволов. Тщательность соединения краёв раны, адекватный выбор шовного материала и частоты швов способствует формированию прочного послеоперационного рубца.

Для улучшения репаративных процессов в области послеоперационной раны большое значение имеет устранение гипопротеинемии, анемии, авитаминоза. Рационально должны применяться глюкокортикоиды, сульфаниламиды и антибиотики, поскольку данные препараты могут вызвать депрессию репаративного процесса.

Отдельные авторы предлагают введение фибриногена, криопреципитата в глубокие слои раны (подапоневротический, межапоневротический, межмышечный) в фазу репарации раневого процесса, что приводит к ранней индукции фибробластической активности, формированию прочного, адаптированного к конкретным условиям соединительнотканного рубца.

Профилактикой развития послеоперационных вентральных грыж является устранение кашля, задержки мочеиспускания, рвоты, пареза кишечника. Особое внимание в раннем послеоперационном периоде необходимо уделять профилактике раневых осложнений. Это подтверждает тот факт, что грыжи наиболее часто образуются после экстренных лапаротомий.

Дозированная компрессия раны с помощью эластичного пропускающего воздух биндажа улучшает условия формирования прочного послеоперационного рубца. Охранительный режим физической нагрузки в послеоперационном периоде также способствует профилактике грыжеобразования.

Применяются различные технические приёмы, повышающие прочность брюшной стенки в области послеоперационных швов для предупреждения ранних послеоперационных осложнений – эвентраций. К.Тоскин и В.Жебровский (1982) предложили способ превентивной пластики апоневроза местными тканями, в основе которого лежит использование П-образных швов на апоневроз для создания дубликатуры. Использование данного способа сшивания послеоперационной раны позволяет несколько повысить прочность послеоперационных швов. В.Савельев и Б.Савчук (1976) при выраженных предпосылках к эвентрации рекомендуют ушивать рану восьмьюобразным швом.

Однако представленная система профилактики недостаточно эффективна, поскольку не учитываются изменения передней брюшной стенки вследствие дряблости, атрофии мышц и дегенеративных процессов в апоневротических структурах. Имеющаяся дооперационная слабость передней брюшной стенки ещё больше проявляется после абдоминальных вмешательств.

Нами разработана ранговая система для определения показаний к проведению эндопротезирования брюшной стенки (патент на изобретение РФ № 2271154). Задача изобретения: предупредить образование послеоперационной вентральной грыжи путём дополнительного укрепления брюшной стенки синтетическим эндопротезом.

Решение поставленной задачи достигается тем, что каждый фактор риска развития послеоперационной вентральной грыжи оценивается количественно. Затем определяется сумма негативного влияния всех факторов, и на этой основе определяются показания для проведения превентивной пластики брюшной стенки синтетическими протезами.

Из таблицы 1 видно, что максимальное число баллов, которое может набрать пациент, – 21, минимальное – 0.

После количественной суммарной оценки негативного влияния всех факторов риска определяли абсолютные и относительные показания к проведению пластики брюшной стенки синтетическими протезами.

Отсутствие у пациентов большинства изучаемых нами факторов риска или умеренно выраженный характер одного или двух не являлось показанием для проведения превентивной пластики (0 – 5 баллов).

умеренно выраженного характера или более 2 выраженного характера в сочетании с умеренно выраженными факторами риска являлось абсолютным показанием для проведения превентивной пластики (11-21 баллов).

На основании исследований по абсолютным показаниям проведена пластика брюшной стенки во время операций на органах брюшной полости полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» производства ООО «Линтекс», С.-Петербург, у 60 больных.

Технология эндопротезирования заключалась в следующем. После выполнения основного этапа операции производили послойное ушивание брюшины и апоневроза край в край. Выкраивали или подбирали стандартный протез необходимого размера (обычно 11 x 6 см), который должен быть длиннее и шире на 6 см линии швов на апоневрозе. Фиксацию протеза за его край производили на границе выделенного ранее апоневроза и подкожной жировой клетчат-

кожи. Во время операции для профилактики инфекционных осложнений внутривенно вводили 2 г цефалоспоринов первого или второго поколения. При отсутствии воспалительного процесса в брюшной полости антибактериальную терапию не проводили, а при его наличии антибиотики назначали по программе лечения основного заболевания. Дренирование раны осуществляли в течение 3-4 дней с активной аспирацией раневого отделяемого. Каких-либо осложнений со стороны операционной раны брюшной стенки с имплантированным протезом не зарегистрировано.

При наблюдении за больными в сроки от 0,5 до 5 лет после оперативного вмешательства на органах брюшной полости развития послеоперационных грыж не отмечено.

Оперативное лечение больных с вентральными грыжами живота – одна из актуальных проблем абдоминальной хирургии. В России выполняется ежегодно около 200 тыс. операций по поводу вентральных грыж.

Профилактика и лечение вентральных грыж с использованием полимерных материалов

Таблица 1
Балльная оценка факторов риска возникновения послеоперационных грыж

Фактор риска	Характеристика выраженности	Балльная характеристика выраженности	Коэффициент значимости (КЗ)	Балл
Состояние брюшной стенки	Норма	0	0,27	0
	Слабость лёгкой степени	1		3
	Слабость тяжёлой степени	2		6
Вес	Норма или ожирение 1-й ст.	0	0,21	0
	Ожирение 2-й ст.	1		2
	Ожирение 3-4-й ст.	2		4
Возраст	До 40 лет	0	0,17	0
	40-60 лет	1		2
	60 лет и более	2		3
Физическая нагрузка	Отсутствие физической нагрузки	0	0,10	0
	Умеренная физическая нагрузка	1		1
	Тяжёлый физический труд	2		2
Состояние дыхательной системы	Норма	0	0,09	0
	Периодическая дыхательная недостаточность	1		1
	Хроническая дыхательная недостаточность	2		2
Функциональное состояние кишечника	нормальная работа	0	0,08	0
	периодические запоры	1		1
	хронические запоры	2		2
Состояние мочеиспускательной системы	Нормальная работа	0	0,08	0
	Периодические затруднения мочеиспускания	1		1
	Постоянные затруднения мочеиспускания	2		2
MAX				21
MIN				0

Наличие у пациентов 3-4 факторов риска умеренно выраженного характера и 1-2 факторов риска выраженного характера являлось относительным показанием для проведения превентивной пластики (6-10 баллов).

Наличие у пациентов 6 факторов риска

ки непрерывным швом полипропиленовой мононитью. По передней поверхности имплантата через всю длину раны укладывали полиэтиленовую трубку диаметром 5-7 мм с перфорационными отверстиями через 2 см. Рану послойно ушивали. Дренажную трубку выводили через отдельный прокол

Стремительное внедрение в практическую медицину протезирующих методов герниопластики качественно изменило результаты лечения больных вентральными грыжами. При этом наряду с техникой оперативного вмешательства важное значение имеет качество эндопротеза.

Современные синтетические протезы различаются по толщине, прочности на разрыв, структуре поверхности, размеру пор, степени жёсткости, электрическому заряду.

В настоящее время на международном рынке биопротезных материалов представлено более 100 разнообразных продуктов. Данный фактор дезориентирует хирургов и затрудняет выбор адекватных изделий для конкретной хирургической ситуации.

Полимерные эндопротезы, применяемые в герниопластике, представлены в таблице 2.

Полимерные эндопротезы отличаются:

- 1) по способу производства: химическая технология производства, текстильная технология производства;
- 2) по строению: вязанные, нетканые, плёночно-пористые;
- 3) по виду полимера: политетрафторэтиленовые, полипропиленовые, полиэтилен-терефталатные, поливинилиденфторидные, полилактиновые, полиглекапроновые и др.;
- 4) по структуре нити: мононити, комплексные, псевдомононити;
- 5) по способности к биодеградации: нерассасывающиеся, рассасывающиеся, частично рассасывающиеся;
- 6) по конструкции: плоские, объёмные.

Кроме того, биоматериалы в последние годы стали дифференцировать на так называемые тяжёлые, лёгкие и суперлёгкие модификации, что подразумевает материалоёмкость эндопротеза.

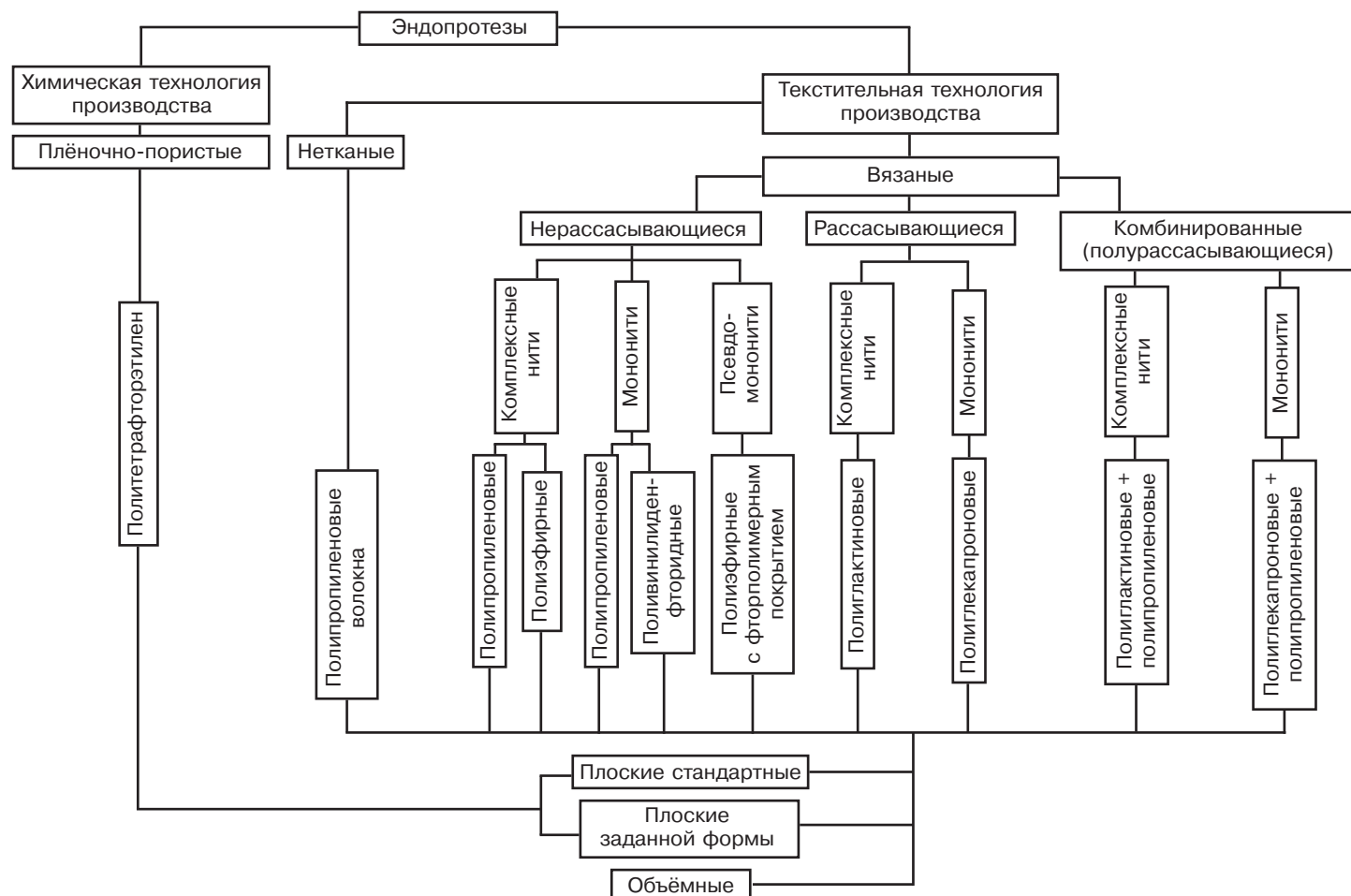
Существует множество классификаций полимерных эндопротезов, самой известной является классификация Amid. В зависимости от размера ячеек и структуры эндопротезы подразделяются на 4 типа:

I тип – крупноячеистые монофиламентные полипропиленовые эндопротезы. Размер ячеек у них составляет 75 микрон, что является необходимым для проникновения макрофагов, фибробластов, кровеносных сосудов и коллагеновых волокон между волокнами имплантата. Эти эндопротезы служат хорошим каркасом и дают выраженную реакцию фибробластов с формированием надёжного «эндопротезного» апоневроза, быстро фиксируются к окружающим тканям.

II тип – мелкоячеистые протезы. Ячейки размером до 10 микрон. Отмечено, что такие эндопротезы не вызывают желаемой пролиферативной реакции и васкуляризации, вследствие чего развивается их инкапсуляция, а не прорастание эндопротеза соединительной тканью. В отличие от имплантатов первой группы, при имплантации этих эндопротезов наблюдается формирование слабого рубца.

Полимерные материалы для пластики брюшной стенки

Таблица 2



К III типу относятся протезы с большими порами, связанные из комплексных нитей, имеющих маленькие межволоконные поры. Наличие у таких эндопротезов указанных пор способствует более выраженной реакции на имплантацию инородного тела и возможному инфицированию.

IV тип составляют биоматериалы с субмикронными порами. Их обычно используют в комбинации с эндопротезами I типа при интраабдоминальной имплантации. Это связано с тем, что они практически не образуют спаек.

Современные тенденции – это создание облегчённых эндопротезов с минимальной материалоемкостью.

Снижение материалоемкости эндопротезов обеспечивает уменьшение количества чужеродного вещества. Под материалоемкостью имплантата правильнее иметь в виду не массу единицы площади, так называемую поверхностную площадь, а полную поверхность нитей, образующих единицу площади эндопротеза. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что контакт с организмом происходит по поверхности структурных элементов эндопротезов, а с другой – крайне различной удельной плотностью материалов. Таким образом, абсолютно одинаковые по размеру и структуре эндопротезы могут более чем в 2 раза отличаться по поверхностной плотности и по массе.

В сетчатых эндопротезах реального снижения материалоемкости можно достичь разработкой более редких трикотажных структур с большой величиной ячейки и уменьшением в определённых пределах диаметра нитей. Пределом снижения материалоемкости является минимально допустимая прочность эндопротезов – 16 Н/см.

Результаты многочисленных клинических и экспериментальных исследований стали предпосылкой для разработки лёгких сетчатых эндопротезов. Доказано, что при уменьшении количества имплантируемого синтетического полимера снижается вероятность возникновения имплантатассоциированных побочных эффектов. Таких, как развитие воспалительного процесса (серома, эрозии и др.), инфекционных осложнений (нагноение, свищеобразование), болевого синдрома в раннем и отдалённом послеоперационном периодах, дискомфорта у пациентов (чувство инородного тела).

В то же время существует и множество сложных моментов, касающихся применения облегчённых хирургических сеток. Значительное уменьшение количества полимера при использовании стандартной технологии производства приводит к ухудшению манипуляционных свойств эндопротезов, запредельному снижению прочности и стабильности структуры. Существует два направления получения облегчённых эндопротезов для герниопластики. Первое направление – применение композитных сетчатых эндопротезов, при производстве которых используются как рассасывающиеся мононити, так и не рассасывающиеся

комплексные нити. Основные представители данных групп протезов – Vupro, Vuproll, Ultrapro. При их применении отмечается повышенный перипротезный фиброз, который сопровождается рассасыванием резорбируемых нитей. Формирующаяся мощная соединительнотканная пластина призвана, в данном случае, компенсировать выраженную потерю массы и снижение прочности эндопротеза, вызванного разрежением его структуры, в отдалённые сроки после операции. Таким образом, страдают два важных свойства сетки: биологическая инертность и прочность эндопротеза, снижающаяся с течением времени.

Второе направление – применение эндопротезов, имеющих однородный химический состав, облегчение которых достигнуто как в результате уменьшения диаметра нерассасывающихся мононитей, так и за счёт особой технологии производства, обеспечивающей, с одной стороны, оптимальные манипуляционные и прочностные свойства, а с другой – использование минимума полимерного материала. Основные представители: протезы Prolen soft, Dynamesh I, Эсфил лёгкий. Производство данных эндопротезов значительно проще, чем композитных, и стоимость их в несколько раз ниже, что объясняет преимущество использования однородных лёгких эндопротезов из полипропиленовых мононитей.

Сравнительная оценка медико-биологических свойств показала, что лёгкие сетки в адекватных хирургических ситуациях вызывают меньше осложнений и рецидивов.

На сегодняшний день все нерассасывающиеся и рассасывающиеся эндопротезы, применяемые для герниопластики, независимо от материала, должны обладать рядом обязательных свойств:

- 1) эластичностью, чтобы не вызывать пролежней смежных тканей;
- 2) инертностью, чтобы не вызывать выраженных воспалительных реакций;
- 3) пористостью для проникновения макрофагов, фибробластов, кровеносных сосудов и коллагеновых волокон в поры;
- 4) устойчивостью к инфицированию и воздействию тканевых жидкостей;
- 5) механической прочностью и целостностью в течение длительного времени;
- 6) эндопротез не должен обладать канцерогенными свойствами.

Важный вопрос, связанный с применением синтетических материалов, – развитие злокачественных новообразований вокруг нитей протеза. В настоящее время известны два основных фактора канцерогенности эндопротезов:

- 1) развитие вокруг инкапсулированного инородного тела злокачественных опухолей;
- 2) поддерживаемый инородным телом длительный воспалительный процесс инициирует канцерогенез.

Опасения по поводу канцерогенности распространённых протезных материалов вряд ли имеют под собой почву. Полиэфирные протезы (дакрон) используются с 1960 г., полипропилен – с 1962 г., по-

литетрафторэтилен – с 1982 г., при этом не было ни одного сообщения об их канцерогенности.

Разработаны общие принципы имплантации сетчатых эндопротезов:

- 1) для предотвращения образования сером необходимо избегать прямого контакта эндопротеза с подкожно-жировой клетчаткой при имплантации;
- 2) для предотвращения смещения необходимо располагать эндопротез под мышечно-апоневротический слой;
- 3) для равномерного распределения внутрибрюшного давления по всей площади имплантата эндопротез должен быть достаточных размеров, чтобы перекрывать края грыжевых ворот на 6-8 см;
- 4) для того чтобы избежать его смещения и сморщивания, следует фиксировать эндопротез по периферии;
- 5) для компенсации повышения внутрибрюшного давления при физической активности пациента эндопротез должен лежать относительно свободно, со складками и без натяжения;
- 6) во избежание развития спаечного процесса и образования кишечных свищей необходимо исключить контакт протеза с органами брюшной полости;
- 7) использование эндопротеза больших размеров требует дренирования ран и применения антибиотиков широкого спектра действия;
- 8) при фиксации макропористых эндопротезов следует избегать применения мультифиламентных шовных материалов.

Основой выполнения любой герниопластики постепенно стал принцип сшивания тканей без натяжения. Соблюдение принципа ненапряженной герниопластики в корне меняет условия заживления раны, предотвращает прогрессирование дистрофических процессов в тканях. Выполнение герниопластики без натяжения тканей способствует формированию брюшной полости такого объёма, который необходим для размещения внутренних органов без компрессии диафрагмы. Существенно уменьшается нагрузка на швы, что определяет продолжительность их фиксирующей роли.

Пластика без натяжения почти всегда диктует необходимость использования дополнительного протезирующего материала, что становится совершенно необходимым при условии исходной дистрофии сшиваемых тканей. Применение синтетических материалов обеспечивает не только надёжность пластики, но и позволяет восстановить необходимую площадь брюшной стенки.

Предотвращение рецидива является важнейшим, но не единственным требованием к герниопластике. Необходимо создать условия для максимального восстановления функции брюшной стенки, что определяет качество физической реабилитации пациента после операции. Для этого следует не только обеспечить мышцы точками фиксации, но и восстановить наиболее выгодное для их работы положение. Необходимо стремиться к закрытию грыжевых ворот

комбинированными способами, то есть собственными тканями с дополнительным укреплением протезом. При срединной локализации грыжи желательна восстановление белой линии живота.

Протезирующие методики герниопластики из традиционного доступа разделяют на три группы: комбинированная пластика с наднапоневротическим размещением протеза, комбинированная пластика с предбрюшинным или подмышечным расположением эндопротеза и закрытие дефекта брюшной стенки синтетическим материалом.

Общим правилом для всех протезирующих методик является использование протеза такого размера, чтобы после фиксации он перекрывал дефект брюшной стенки или линию шва на 5-6 см в каждом направлении. Необходимо закрыть протезом всего послеоперационного рубца для предотвращения появления новой грыжи рядом с прооперированной. Фиксировать протез по периметру лучше монофиламентными нитями, слегка натягивая имплантат, что разгружает швы, фиксирующие местные ткани, и исключает формирование полостей под протезом.

Наиболее известным вариантом комбинированной пластики с наднапоневротическим размещением протеза является ушивание грыжевых ворот край в край и укреплением линии шва сверху протезным материалом. Возможны и другие варианты. Так, некоторые авторы предлагают выполнять пластику местными тканями с использованием лоскутов передних листков влагалищ прямых мышц, а образующийся дефект передней стенки влагалища замещать синтетическим протезом.

Особенностью комбинированной герниопластики с наднапоневротическим размещением протеза является необходимость широкой отслойки подкожной жировой клетчатки с кожей от апоневроза. Это приводит к нарушению артериального кровоснабжения, лимфатического и венозного дренажа, что является основной причиной длительной экссудации из раны, формирования сером, краевых некрозов кожи и подкожной клетчатки.

Для профилактики развития сером необходимо дренирование пространства над протезом и применение эластичного бандажа, позволяющего плотно сопоставить раневые поверхности, не нарушая дыхательных движений брюшной стенки.

Единого мнения по срокам дренирования пространства над протезом не существует. Большинство авторов рекомендует проводить дренирование раны в течение 4-7 дней.

Для профилактики краевых некрозов кожи и подкожной клетчатки иссекаются излишки, но так, чтобы края сводились без натяжения.

Преимуществом данного вида пластики является сближение прямых мышц и восстановление белой линии живота, что позволяет увеличить силу брюшного пресса.

К недостаткам способа следует отнести отделение подкожно-жировой клетчатки от апоневроза на значительной площади, что приводит к повреждению перфорирующих брюшную стенку артерий и путей лимфооттока с возможным развитием критической ишемии кожи и лимфореи. Существенное нарушение кровообращения и лимфообращения зоны пластики создаёт условия для развития раневых осложнений. Поэтому для наднапоневротической пластики должны применяться устойчивые к инфекции полипропиленовые протезы и фиксирующие их лигатуры.

Комбинированная герниопластика с предбрюшинным или субмускулярным размещением протеза – это варианты операций J.Rives и R.Stoppa. Грыжевые ворота ушиваются за счёт брюшины, поверх которой размещается протез в специально созданное пространство. Длина протеза должна быть на 8 см больше длины грыжевых ворот, ширина – около 10 см. Дальнейший ход операции зависит от того, каким образом будет фиксироваться имплантат. Если нити, фиксирующие протез, предполагаются завязывать поверх апоневроза, то необходимо отделить подкожную клетчатку от апоневроза на ширину до 6 см от его края. Но имеется и другой вариант. Нити проводят через апоневроз и далее сквозь кожу через небольшие разрезы. Узлы завязывают над кожей и погружают под неё до поверхности апоневроза. В этом случае отделение апоневроза от подкожной клетчатки не требуется.

(Окончание следует.)

Борис СУКОВАТЫХ,
заведующий кафедрой общей хирургии,
профессор.

**Курский государственный
медицинский университет.**

В Самарском государственном медицинском университете полтора десятилетия назад родилась необычная традиция: посвящение в почётные ректоры. Первым обладателем этого высокого звания стал тогда лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки, академик РАН Александр Краснов. И это вполне закономерно – более 30 лет руководивший вузом, он старательно реформировал его как систему и пестовал как дитя. Присвоение столь высокого статуса появилось здесь в ту пору, когда учёному исполнилось 70 лет. А сегодня вуз отмечает более солидный его юбилей – 85 лет!

Каждый человек – необычность, а талантливый, незаурядный – тем более. Это вселенная с множеством галактик, инструмент с множеством струн. Как подступиться хотя бы к одной из них, чтобы не обойти главное, как тронуть хотя бы одну, чтобы не разъять гармонию? Попробуем прикоснуться к личности Краснова, постичь то, что сделал он для науки, больных и своего медицинского вуза...

Шёл мальчик однажды по снежному полю

Тот сон повторялся много раз... Вместе с деревенскими первоклашками он бежит к речке. Обгоняя друг друга, мальчишки весело шлёпаются в воду, обдавая буйными солнечными брызгами оставшегося на берегу Петьку. Прыгая на единственной ноге, он трёт кулачками глаза и при этом из стороны в сторону болтается его короткая культя.

Вот такой сон. Впрочем, может, даже не сон, а застрявшее в душе воспоминание, потому что затем всплывает всё, что произошло тогда в Александровке, что в Ульяновской глубинке, где жил тогда маленький Саша. В тот жаркий, пыльный день они понесли работавшим в поле родителем узелки с похлёбкой. Петька попытался зацепиться за отъезжающий грузовик, но сорвался и попал под колесо.

Несчастье на все лады обсуждалось на завалинках, а Сашу Краснова интересовало только одно – вырастет ли у друга нога. И он не давал покоя бабушке и дедушке, с которыми в то время жил. Донимая их расспросами. Но бабушка только грустно качала головой:

– Опять ты за своё, говорила ведь уже: не вырастет.

И то ли от того, что в голосе его звучало отчаяние, то ли действительно только что вспомнив, она однажды, хлопнув себя по лбу, воскликнула:

– Постой, постой! Тут кино показывали про одного доктора... Умный такой, в очках и с бородой... Так он вроде что-то такое сделал...

– У нас в Новоспаском? – обрадовался внук.

– Нет, кажись, в Москве, –

Имена и судьбы

Воздастся по делам

К 85-летию академика РАН Александра Краснова

задумалась бабушка и, снова обняв его за плечи, уверенно сказала:

– Вот повзрослеет твой дружок и поедет к тому доктору...

Это, конечно, его обрадовало, но заставлять Петьку ждать так долго было нельзя. И он решил отправиться к тому умному доктору и попросить его помочь. Взяв у старшего брата географическую карту, нашёл Ульяновск, а потом Москву и, обнаружив крошечное расстояние между городами, крепко обрадовался: значит, успеет быстро обернуться – никто и глазом не моргнёт, как умный доктор появится у Петьки. Положив карту в сумку, вышел утром из дома, направившись не в школу, а в сторону поля – ведь именно так добирались они с отцом в районный центр, а оттуда – в Ульяновск.

До поля дошёл быстро. Оно совсем не походило на привычное летнее: выше головы поднимались сугробы, не было ни одной тропинки, лишь вдалеке виднелся санный след. И, добежав до него, двинулся вперёд.

Дул порывистый ветер, швыряя в лицо липкий мартовский снег. И хотя валенки с галошами вязли в липкой колее и почему-то развязывались коротенький шарф, шёл с радостью: ведь теперь у Петьки всё наладится – они по-прежнему вместе смогут гонять мяч и плавать наперегонки...

Он шёл и шёл, а поле всё не кончалось. Останавливался только для того, чтобы завязать непослушный шарф да поправить съезжающую ушанку. Он не знал, сколько прошло времени, но чем

дольше шёл, тем идти становилось всё труднее по снежному месиву. К тому же весеннее солнце слепило глаза, и они слезились. Вдруг он увидел, как впереди мелькнуло тёмное пятно, и скрылось за бугром.

– Волки, – мелькнуло в сознании, и он с ужасом метнулся в сторону. Опомившись, обнаружил, что по грудь увяз в сугробе. Попытался сделать рывок, но не смог сдвинуться с места, словно кто-то цепко его держал. И тут сквозь слепящие

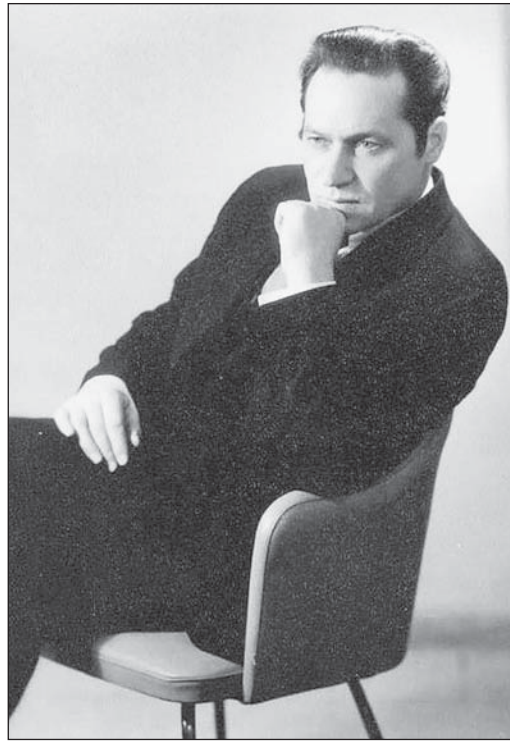
солнечные лучи снова увидел то самое тёмное пятно и обнаружил, что оно движется ему навстречу.

И то ли от страха, то ли от того, что друг может остаться без умного доктора, то ли просто от досады заплакал. Плакал и, бросив сумку, разгребал руками сугробы. Колотил по ним изо всех своих детских силёнок, не замечая, что давно уже слетела с головы шапка, что соскользнул с шеи шарф, упала на глаза, вспотевшая чёлка...

– Санёк, как ты тут оказался? – неожиданно услышал он мужской голос. И не успев сообразить, откуда этот голос, почувствовал, как его подхватили крепкие руки. Они трясли его, а над ним гремело одно и то же:

– Как ты тут оказался?

Придя в себя, увидел, что



сидит в санях, закутанный в овчинный тулуп, а рядом – их деревенский конюх дед Василий.

– Так это Зорька? – кивнул мальчик на лошадь.

– Ну да, удивился конюх. А ты про что подумал?

Он хотел рассказать, как принял лошадь за волка, но мотнул головой:

– Ни про что, так...

– Тогда айда, – взмахнул возчик, и они поехали в деревню...

Узнав дома, что до Москвы далеко и ему туда не добраться, поник и долго переживал неудачу. Потом заявил, что сам станет доктором.

– Так ведь это ж святое дело, – заметила бабушка, – свя-то-е... Сам Господь лечил, а мы кто – крестьяне... Не бывало у Красновых докторов.

НАША СПРАВКА. Александр Фёдорович Краснов – почётный ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии РФ и премии Правительства РФ.

Место работы с 1953 г. по настоящее время – СамГМУ.

Родился 21 июня 1929 г. в деревне Александровка Новоспаского района Ульяновской области в крестьянской семье.

В 1947 г. успешно окончил школу и стал студентом Куйбышевского медицинского института. После окончания института в 1953 г. был приглашён в клинику ординатуру, затем в аспирантуру. 1958 г. – защита кандидатской диссертации, избрание по конкурсу ассистентом на кафедру госпитальной хирургии и начало педагогической деятельности. 1963 г. – присвоение учёного звания доцента и защита докторской. После чего был избран проректором института по учебно-воспитательной работе.

В 1966 г. – присвоение звания профессора. 1967 г. – избрание заведующим кафедрой госпитальной хирургии № 2 и ректором Куйбышевского государственного медицинского института.

Количество кафедр выросло с 40 до 85. Число студентов, принимаемых на 1-й курс

института, значительно увеличилось и составило 1000-1100 человек.

В 1970 г. награждён медалью «За доблестный труд», в 1975 г. – орденом Трудового Красного Знамени. Звание «Заслуженный деятель науки РСФСР» получил в 1978 г., орден Октябрьской революции – в 1980 г.

В 1980 г. его избирают президентом Самарской ассоциации травматологов-ортопедов, в 1983 г. – экспертом Высшей аттестационной комиссии, в 1984 г. – почётным гражданином Куйбышева.

В 1986 г. избран в члены-корреспонденты РАМН, в 1991 г. – президентом Ассоциации травматологов-ортопедов России и награждён орденом Дружбы. С 1993 г. – действительный член РАМН, с 2013 г. – действительный член РАН.

Награждён орденом «Знак почёта». В 1997 г. становится лауреатом Государственной премии РФ за разработку «Сухожильно-мышечная пластика – новое научно-практическое направление в системе реабилитации ортопедических больных», в 2001 г. – лауреатом премии Правительства РФ за развитие концепции «Семейная медицина».

В 1999 г. А. Краснов был избран почётным ректором СамГМУ.

– А теперь вот будет! – тряхнул он чёлкой. – И получше твоего умника...

– Что же, – кивнула бабушка, – каждому воздастся по делам его.

Званных много, избранных мало

В какой момент рождается творец, исследователь, учёный? Должно быть, когда начинает удивляться муравью, волокущему былинку, волне, накатывающей на берег, звезде, ослепляющей небосвод. Когда разум пронзается вопросом, а душа – тревогой. И когда среди множества истоптанных дорог выбирается нехоженная.

В начале 50-х годов прошлого столетия Александр Краснов стал ассистентом кафедры госпитальной хирургии. Первое, что его взволновало, – это обилие больных полиомиелитом. Многие не могли не только ходить – сидели и то с трудом, а передвигались ползком. Глядя на страдания ползающих людей, он решил, что его пациентами должны стать именно они, больные с поражением опорно-двигательного аппарата, которым, по мнению Краснова, требовалось направленное, специализированное, а не общехирургическое лечение, которое тогда главенствовало.

Ещё не вникнув глубоко в жизнь мышц, учёный уже понял, что каждая из них – индивидуальность, имеющая не только своё назначение, но и свой характер, особенности, привычки. В общем, у мышц есть свои интимные тайны. И если уточнить, что их аж пять сотен, то можно понять, как много секретов они хранят. Чтобы раскрыть их, пришлось окунуться в иные области науки – генетику и морфологию, гистологию и судебную медицину. Понял, что до всего придётся докапываться самому.

Многие изучавшие последствия полиомиелита утверждали: он парализует ткани. Болезнь умерщвляет их навсегда. Краснов же считал такой взгляд схоластическим. И то, что рождалось в душе как ощущение, подтвердилось потом результатами исследований.

Экспериментируя на животных, наблюдая за больными, Александр Фёдорович обнаружил, что нередко погибшими считались лишь вялые, как бы уснувшие мышцы, что, пересадив их, можно «разбудить» и заставить действовать, вернуть к жизни. Особенно если использовать для этого микрохирургию, барокамеру, биомеханику.

Система новаторской разработки бездействующих тканей, предложенная молодым ассистентом, методы при-

живления сухожилий к кости, условия для эффективного восстановления мышц не очень понравились учёным с устоявшимися взглядами, но адвокатами его правоты стали ободряющие результаты: после комбинированного лечения постепенно садились лежащие, вставляли сидячие, поднимались с коленей ползающие.

Вот так начинающий учёный первый нестандартно взглянул на проблему, заинтересовавшись ею и в общем, и в деталях. Первым стал исследовать её и как теоретик, и как клиницист, первым разработал комплексный подход. Это дало толчок к развитию ортопедии, стало истоком важнейшего направления: сухожильно-мышечной пластики, основой её классификации, фундаментом интересных диссертаций.

Кстати, обе защиты – и кандидатской, и докторской – совпали с рождением дочерей: сначала Нины, затем Саши, которых так обожал, что вплоть до появления внуков с удовольствием усаживал к себе на колени. И даже любимого Вертинского начинал слушать с трогательных «Доченок»

Но это так, к слову. Но если говорить о докторской, то надо сказать, она отразила его заботу о развитии травматологии. Дело в том, что эта часть хирургии не знала самостоятельности. И хотя люди вечно падали, попадали в аварии, страдали от переломов и всякого рода вывихов, их лечили в общей операционной. Первые специализированные отделения стали появляться только в середине 60-х. Краснов же, ещё раньше, будучи доцентом, уже разрабатывал лекции по травматологии. А став профессором, ввёл её в ранг отдельной науки. Неслучайно же кафедра, которую он возглавил, так и называлась – ортопедии, травматологии и военно-полевой хирургии. И в этом отразилось новаторство учёного, его способность видеть давно знакомое с неожиданной стороны.

Конечно, причастность к новому направлению определялась не только названием, а прежде всего операциями. Именно здесь были произведены первые пересадки и трансплантации, ампутации и резекции. Первые не только в области, но и в стране. Разработки Александра Фёдоровича сделали реальностью операции, за которые почти никто не брался.

Перед тем как взяться впервые за скальпель, он разложил по полочкам то, что считал главным в работе хирурга, своим нравственным кредо – оперировать только тогда, когда иначе нельзя помочь, выбирать минимально травматичные варианты и добиваться максимально полезных результатов, даже если придётся идти более трудным путём. Это кредо заставляло его искать оптимальный вариант, лишало покоя.

А операции становились всё разнообразнее – по методам, по диапазонам, по видам. Он старался, чтобы

у каждой было высокое качество, но чтобы все вместе они имели свой общий стиль, свой индивидуальный почерк, который был характерен именно для Краснова – малое поле разреза, щадящий шаг скальпеля, предельно ограниченная глубина проникновения, то есть лишь та, которая необходима, и ни миллиметра больше.

Даже если и тянуло дать разгуляться руке, чтобы побольше увидеть, он командовал себе: «Стоп! Хирург – не пахарь, надо мыслить, а не пахать...»

Короче, если говорить об уровне операций, то его можно сравнить с высокой нотой «ре», отличающейся прекрасной чистотой тона. Тем не менее он не собирался останавливаться, а экспериментировал, стремясь к совершенству, реставрировал уже известные и создавал новые методы, менее разрушительные и более эффективные. Об устремлённости и настойчивости учёного, о его желании помочь больному говорит цифра 35 – столько его изобретений помогли улучшить диагностику, поднять значимость операций, сократить длительность болезни. И в каждом виден не просто врач, хирург, учёный, а Мастер...

Дерево познаётся по плоду

Почти всегда Мастер – прародитель направления. Не важно в чём – в искусстве, спорте, науке. Иначе говоря, прародитель школы. Главное, что она включает и уникальность его творчества, и развитие учениками того значимого, что он сделал, и продолжение сделанного последователями.

Бывает, что Мастер не оставляет после себя школы. Почему? Причины разные. Это и столь высокая уникальность рождённого им направления, что его невозможно развить, и эгоцентричное желание прослыть неповторимым, и отсутствие благотворного поля притяжения для коллег.

Но бывает и наоборот, когда школа становится самоцелью, средством увековечивания своей личности. И тогда безгранично «куются» ученики, вымучиваются диссертации, тиражируются последователи. Но чаще всего сколоченная таким образом школа напоминает здание, собранное из сырых плит и рассыпается при первой же жизненной буре.

Для Александра Фёдоровича научная школа – это, прежде всего, результат творческого состояния духа и обыденного упорного труда, следствия тяготения к нему помощников и желание учиться у него. Это и его собственное стремление распространить всё то, что он сделал для медицины, а значит, для пользы больных. В общем, для Мастера школа – это не плод стремления к вечности, не рациональный замысел, а естественное завершение, сцементированное незаурядностью и

полезностью созданного. Возглавив более 45 лет назад кафедру, Краснов выразил смысл своей работы символом: им стало хрупкое неровное деревце, которому предстояло выпрямиться, окрепнуть и принести плоды. Ёмкость рисунка понятна – это и больные, которых надо вылечивать, и научные направления, которые надо развивать, и ученики, которым надо передавать свои открытия.

Ясно, что они, эти открытия, зависят в основном от того, насколько развита способность посмотреть по-новому на привычное, увидеть неизвестное в известном, найти выход из кажущейся безысходности. И так как у Краснова эта способность обострена, то и новые способы лечения, диагностики и выхаживания больных предлагались им в большом объёме. Перечисление новых операций составило бы целую книгу.

Подобная творческая щедрость учителя – плодородная почва для учеников. Разрабатывая, развивая его

успешно куститься. Это казалось, прежде всего, сухожильно-мышечной пластики. Старательно послужив людям с различными недугами, знаменитое детище Краснова дало в своё время новые плоды. И они помогали лечить не только в целом, но и в деталях, мелочах, нюансах, видеть истоки артритов, вывихов, параличей.

Нельзя сказать, что возвращение древа ортопедии и травматологии Александр Фёдорович начал в пустыне. До него разбрасывали зерна новой науки такие учёные, как В.Гориневская, А.Аминев, А.Евстропов. Но, во-первых, это были старания энтузиастов-одиночек, а во-вторых, как уже говорилось, ортопедия и травматология только ещё проклёвывались из скорлупы общей хирургии. Краснов же был первым, кто дерзнул придать зарождавшемуся направлению статус самостоятельной науки.

Понятно, что всегда трудно идти непроторённым путём. А трудности новой кафедры усугублялись и тем, что и вести исследования, и учить

доказал восстанавливающую способность оксигенации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

В общем, куда ни оглянись здесь, поймёшь, почему, несмотря на 10 операций в день, очередь на лечение не уменьшалась: детская ортопедия отделена от взрослой, травматология – от общей хирургии, интенсивная терапия – от операционной. Везде – свои руководители, свой консультант. Больные понимали такую пользу и записывались на 3 года вперёд. Особенно после того, как обрели самостоятельность поликлиника и микрохирургия.

Между прочим, былой порыв уменьшить страдания, облегчить боль нашёл воплощение и в уникальном поликлиническом отделении. Уникально оно было и сложными операциями, и диагностическими исследованиями, и консультативными осмотрами, но главное – палатами кратковременного пребывания. Что это такое? А то, что впервые в истории хирургии человек, допустим, после наложения гипса получил возможность оставаться под наблюдением медиков, и не час-другой, а 2-3 суток. Эта находка Александра Фёдоровича намного опередила идею дневного стационара, в который превратились потом эти палаты.

В поликлинике консультировались сотни тысяч больных. Всё это, помимо главного – операций, лечения хронических больных, защиты диссертаций и обучения студентов. Помимо профессиональной помощи изготовителям протезов, детским санаториям, травмпунктам.

Казалось бы, подобная «напряжёнка» не может не угнетать. Но, как ни странно, она воспринималась сослуживцами спокойно, ибо они получали возможность учиться.

К слову, о них, об учениках. Конечно, надо уметь найти помощников, которые примут и концепцию учителя, и его приоритеты, и особенности его натуры, какой бы сложной она ни была. Иными словами, надо иметь единомышленников, которые поймут всё не только с полуслова, но и с полувзгляда, ибо именно им можно доверить всё, что взлелеял сам.

Только можно ли обрести единомышленников путём поиска? Скорее всего – нет! Они появляются сами. Появляются тогда, когда есть объединяющая и притягательная идея. Не только как таковая, но и как проявление нравственности учителя. И если она сильна, обязательно притянет.

Поле притяжения Краснова определялось многим.

Во-первых, естественной концепции, что конечная цель всего – пациент. Благородная и, по сути, она имела обратную связь: поиск более совершенного лечения, влиявшая в новые научные обобщения, обогащая и науку.

Разумеется не сразу, не просто, но со временем, после того, как учитель под-

(Окончание на стр. 12.)



замыслы, они вносили в них свои дополнения. И пациенты начинали ходить без костылей, разгибать ранее скованный позвоночник, шевелить неподвижными прежде пальцами. И, главное, оставались жить после ликвидации смертельно опасных заболеваний.

И ещё: если говорить о теномиопластических операциях, рождённых в клинике, то они составляют половину общеизвестных. Это лучшее свидетельство новаторства и самобытности школы Краснова.

Впрочем, свидетельство множество. Они и в том, что учёный один из первых стал использовать барокамеру при патологиях позвоночника, суставов, мышц. И в том, что развил лечение полitraвм в самостоятельное направление. И уж, конечно, в том, что вынырнул детскую ортопедию. Создав не только специализированное отделение, не только учебные классы для длительно болеющих детей, но и детский сад.

Дерево Красновской школы оригинально ещё и потому, что его научные ветви наполнились соками и окрепнув, не повисают бесплодной смоковницей, а начинают

студентов, и лечить приходилось в бараках без удобств. Поэтому учёный занимался ещё и строительством, в основном новых корпусов.

Когда наконец они появились, надеждой всех, кому мало что помогало, стали специализированные отделения: клинические, диагностические, реабилитационные, которые могли одновременно принимать уже до 250 пациентов. Если вспомнить, что поначалу ортопедии выделялось лишь 40 коек, то можно понять всю социальную значимость того, что было сделано! И если сказать, что единственное в тогдaшнем Союзе отделение сухожильно-мышечной пластики получило статус головного учреждения по борьбе с последствиями полиомиелита, то можно представить себе, как тянулись сюда люди на костылях! Их манили бассейн, грязелечебница, кабинет биомеханики, комплекс социальной реабилитации и многое, многое другое.

А единственный в Поволжье бароцентр! Если бы ни Краснов, не очень бы удалось обходиться без операции при ряде травм и повреждений. Ведь именно Александр Фёдорович одним из первых

(Окончание.
Начало на стр. 10.)

твердит свежесть взгляда, убедиться в его значимости. И так бывало почти всегда, потому что те, кто к нему шли, хоть в чём-то, хоть немножечко мыслили, как он.

Например, влекла его интуиция, способность ощутить, что многие существующие исследования заболеваний опорно-двигательного аппарата касались в основном лишь следствия, а не причины, то есть непосредственно самой мышцы, поражение которой, как доказал Краснов, снижает её тонизирующую и противовоспалительную роль. Притягивало и мышление новатора, благодаря которому он предложил не только эффективные методы прогнозирования результатов операций, но и новые способы медицинской и социальной реабилитации, ставшие тогда фундаментом перспективного направления в здравоохранении. Причём к нему тянуло не только учеников, то есть клиницистов, но и теоретиков. Поэтому, кроме «чистых» ортопедов-травматологов – Г.Котельникова, А.Чернова, В.Мирошниченко в поле его притяжения оказывались и гистологи.

Каждый вносил свою лепту в развитие направления, которому дал жизнь Александр Фёдорович и на становление которого потратил полвека. И благодаря тому, что все они вместе с ним изучали, подбирали, комбинировали лечебную тактику, искали эффективные методы реабилитации больных с нарушением работы мышц, суставов, благодаря тому, что провели эксперименты на 6 тыс. животных и изучили состояние 60 тыс. пациентов, оно, это перспективное направление, постепенно разрослось в систему «Новое научно-практическое направление в травматологии, ортопедии: клиническая и экспериментальная теномиология, сухожильно-мышечная пластика».

Если очень коротко, то оно объединило все самые эффективные методы исследования и диагностики, лечение и восстановления. Его составной частью стали специализированные отделения стационаров, протезно-ортопедических предприятий, медсанчастей, специализированные школы-интернаты и санатории. Всё это было в то время большой новостью и проходило под знаком «впервые в стране». И когда академик А.Краснов вместе с шестью учениками получил за научный поиск Государственную премию, то это лауреатство было воспринято как закономерное признание творчества учителя и его учеников.

Во-вторых, молва гласила, что Краснов умеет оценить перспективу, то есть заглянуть за горизонт.

В-третьих, видел не только корни всего, но и почву, их взрастившую.

В-четвёртых, был строгим и требовательным и к себе, и к другим. Порою даже сверх необходимого. Но единомышленники воспринимали такую жестокость как... ве-

зание, потому что, уравновешенная справедливостью, она дисциплинировала, учила не распыляться, нацеливаться на главное. Значит, была человеческой, необходимой и полезной. Поэтому стремились учиться у Краснова и врачи-практики, и ординаторы клиники, и выпускники вуза. И Мастер был терпелив

топедии и травматологии добавилась ещё и экстремальная хирургия. Это же обострённое чутьё на нужды дня подтолкнуло к выпуску двухтомного руководства для семейного врача. Никогда ранее не существовавшее, такое издание содержит всё, что важно знать домашнему доктору. Так что определе-

могало подбирать для института одарённых ребят.

Как уже говорилось, ректор не хотел готовить врачей по-прежнему, считая, что обучение – это творчество, просветление умов питомцев, насыщение их душ истинами.

Для этого была откорректирована минздравовская программа, и в расписании

Он убеждён, чтобы быть хорошим специалистом, мало лишь хорошо лечить – надо широко мыслить, охватывая и факт, и явление. В противном случае врач будет похож на того сапожника, для которого весь мир сосредоточен лишь в шляпке вбиваемого в каблук гвоздя.

Казалось бы, сказав своё

Имена и судьбы

Воздастся по делам

ко всем, кто самостоятельно мыслил, мог полностью отдавать себя работе, не жалел сил для науки.

Вероятно, им было нелегко, но не уходил почти никто. И те 47 кандидатов и 18 докторов медицинских наук, которых он подготовил, могут смело назвать себя его научными потомками. Среди них – преподаватели и учёные, заведующие клиниками и специалисты высшего разряда, организаторы здравоохранения разных уровней, включая бывшего министра здравоохранения СССР академика РАН И.Денисова. И, конечно же, один из самых видных учеников – нынешний ректор СамГМУ, академик РАН Г.Котельников, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ.

Став профессорами, возглавив кафедры, они, его ученики, не обрывают научную пуповину со своим учителем. И пусть у каждого собственные творческие пристрастия, но соки им несут одни и те же корни. И что это за соки, отражено в трудах Мастера. Их более 500. Все они – свидетельства неповторимости исследовательского дара автора. Величину его таланта подтверждают такие уникальные в своём роде работы, как «Справочник по травматологии» и монографии, главы в Большой медицинской энциклопедии и разделы в трёхтомном руководстве по ортопедии, пособия для врачей и учебники для студентов. Короче, только учебников и руководств – 12! Да ещё 6 монографий, 2 справочника, 9 монотематических сборников.

Широта интересов Краснова приобщает его к самым неожиданным сферам. Они зафиксированы публикациями в авторских изданиях.

Все открывают новые оптимальные возможности в диагностике и лечении многопрофильных больных. Их эффективность удостоверяют всевозможные медали и дипломы. Но они не появились бы, если бы не обострённое чутьё на боль времени, в котором работал учёный. Едва заговорили о медицине катастроф, как все её социальные, человеческие, медицинские беды родили идею написать руководство «Тактика травматолога в экстремальных ситуациях». Оно быстро появилось у врачей, а в названии кафедры к ор-

ние «первый» давно стало составной частью всех регалий заслуженного деятеля науки А.Краснова, который и в действительные члены Российской академии медицинских наук был избран единогласно. С первого раза.

Входите узкими вратами

Конечно же! Ведь широкие – всегда приманка: сюда мчится суeta и толкотня. И нет тут места ни мысли, ни чувству. Узкие же врата – для ищущих, думающих, идущих медленно, но верно...

Став в 1966 г. ректором, А.Краснов буквально затосковал. Ну что это за вуз с одним факультетом! И стал открывать новые, строить общежития. Студенты получили 4 современных корпуса, вуз стал выпускать не только врачей одного общего профиля, но и стоматологов, и педиатров, и фармацевтов. А ректор всё не успокаивался: не столь высокими, как хотелось бы, казались знания студентов, не столь развитой – система обучения. Всё это надо было реформировать, совершенствовать, поднимать. Но как?

Об этом он думал, анализируя подготовку врача в развитых странах, когда выезжал туда на форумы, слушая лекции профессоров своего вуза, разговаривая со студентами. Вывод следовал один – изменить фундамент подготовки, все его составляющие. А для этого нужна была эффективная концепция реформирования. Её целью должно было стать резкое повышение качества обучения и, как следствие, обеспечение конкурентоспособности вуза. Предчувствуя начало рыночных отношений, заложил в свою концепцию возможности защиты от её минусов. Она оказалась настолько крепкой, что Минздрав того времени признал её основой совершенствования высшего медицинского образования в целом.

Выработанный механизм включал три максимума: эффективность системы подготовки, выбор её оптимальных целей и устойчивый экономический базис. Первому способствовало создание «Центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических кадров», объединяющего все ступени: медицинские классы, колледж, вуз и практическое здравоохранение. Начальное приобщение к профессии по-

занятий появились новые дисциплины – этика и эстетика, риторика и лингвистика, логика и право, медицинская культура и психология, история государства Российского и история религии, философия и экология и многое другое. Им предстояло питать нравственность будущих медиков, очеловечивать образование, учить милосердию.

Составляя более гибкие учебные планы, более совершенные программы, значительное внимание уделили фундаментальным и клиническим наукам, изменили соотношение между теоретическим и практическим обучением, а готовность выпускников к работе стали оценивать вместе с представителями больницы, поликлиник и аптек.

Раньше студент, бросив учёбу, не мог реализовать те знания, которые получил. По мнению Краснова, это было и не гуманно, и не цивилизованно. И в зависимости от того сколько студент проучился, он, в соответствии с замыслом ректора, получал право на звание: младшей медсестры, медсестры и фельдшера, младшего врача, врача и аттестованного врача.

Комплекс непрерывной подготовки так понравился Минздраву, что он придал вузу статус отраслевого учебно-методического центра. И в Самарский институт зачастили желающие перенять опыт. Особенно в связи с открытием четырёх необычных факультетов: академической медицинской сестры и медицинских психологов, медицинских менеджеров и семейного врача.

Были открыты факультеты зарубежных студентов, индивидуальной подготовки, обучение по договорам. Всё это помогло не только выжить, но и идти впереди времени.

Пятнадцать факультетов, открытых Красновым, многообразие форм обучения, категории учащихся и преподавателей, обилие научных разработок и исследовательских лабораторий, гуманизация подготовки закономерно придали вузу статус медицинского университета, сущность которого, к слову, отражает натуру самого академика – уже говорилось о его широком кругозоре в общественно-человеческом смысле. Так вот Краснов, например, влюблён в риторику и как в науку, и как в метод общения, считая, что если бы им владели все, то... не было бы войн.

слово в науке, учёный может уже не тратить себя ни на что другое. Но в том-то и дело, что не может. Его тянет за пределы профессии, волнует всё, что имеет отношение к человечеству вообще и к человеку в частности.

Философические аспекты работы врача, педагогика и педагог, мировая и национальная культура – проблемы, будоражащие его сознание и душу, заставляющие много размышлять и ещё больше ощущать, анализировать и обобщать, раскладывать по полочкам свои мысли и чувства, объединяя их затем в заметки, статьи, книги. Так появилось, например, учебное руководство для преподавателей – «Дидактика высшей медицинской школы». Почти с физическим наслаждением устанавливал он связь между понятиями интеллект и интеллигентность, с радостью первооткрывателя сообщал, что эти добрые, близкие его сердцу слова – исконно русские, ибо рождены не за далёкими морями, а здесь, в России, учителем, педагогом и дипломатом Петром Дмитриевичем Боборыкиным.

Бывает ли, что один человек может столь многое? Наверное, поэтому и академик, что может! Наверное, потому и присвоили звание заслуженного деятеля науки, награждали различными орденами, наверное, поэтому избирали членом совета ректоров при Минздраве и вице-президентом Ассоциации медицинских вузов страны. Наверное, поэтому...

Впрочем, перечислять можно ещё долго. Об одной лишь его школе руководителей-администраторов можно повесть написать: ведь выходили из неё министры и ректоры, начальники управлений и директора НИИ. И у руля своих ведомств они действуют, как и учитель, точно, чётко, динамично, повторяя и стиль его руководства, и способ решения всевозможных каверзных проблем.

Он, этот стиль, позволил некогда провинциальному институту разрастись в многопрофильный вуз, подняться до планки медицинского университета, сотворённого его выпускником академиком Красновым – Мастером, избравшим узкие врата.

Любовь ЛЮБИМОВА,
корр. «МГ».

Самара.

НА СНИМКАХ: А.Краснов в молодости; А.Краснов и Г.Котельников.

За рубежом

Врачи довольно легко справлялись бы с опухолями, если бы не метастазы, клетки которых отличаются повышенной генетической и метаболической активностью, дающей им преимущество перед здоровыми. Мечтой учёных давно была возможность увидеть экспрессию генов, и её наконец-то воплотили в жизнь сотрудники Массачусетского технологического института, что неподалёку от Бостона. Для визуализации экспрессии генов они приспособили для этого всем известный магнитно-резонансный томограф.

MPT. В развитие идеи и самого метода учёные намереваются «подшить» ген-репортёр к интересующему их онкогену или генам метастазирования, чтобы иметь возможность следить за эффективностью применения лекарственных средств, например доксорубицина, рвущего нити ДНК.

Нечто подобное делает и известный чуть ли не со Средних веков цисплатин, представляющий собой органическое соединение с платиной, откуда и его название. Но к цисплатину, как и к другим химиотерапевтическим агентам, довольно быстро разви-

водорода (гидрид-трансфер) к кислороду, в результате чего образуется ядовитая для клеток перекись водорода. Таким образом, новые органо-иридиевые комплексы могут стать новым поколением антираковых средств и эффективной оксидантной терапией.

Но это в будущем, а сегодня сотрудники Северо-Западного университета в Чикаго предлагают женщинам с метастатическими опухолями молочной железы пройти курс радиоэмболизации метастазов с помощью иттрия-90 (Y-90). На прошедшей недавно встрече радиологов они

Радиоэмболизация

MPT, как известно, использует магнитные поля и радиоволны для взаимодействия с протонами — ионами водорода — той же воды в тканях организма. К сожалению, MPT сам по себе даёт довольно «размытые» и слабо контрастные изображения, для исправления чего используются различные контрастирующие вещества, в частности марганец с порфирином (металлопорфирин). Последний представляет собой природный или синтетический макроцикл с четырьмя пятичленными кольцами в углах, один из углеродов которых заменён на азот. В массачусетском технологическом институте добавили в клетки мышиного мозга ген фермента SEAP (Secreted Alkaline Phosphatase), отвечающий за синтез широко известной щелочной фосфатазы (её секретируемой формы), высокая активность которой отмечается, например, в плаценте. Выделенные клетками молекулы фосфатазы отщепляют энергоёмкий фосфат от металлопорфирина, что способствует соединению отдельных молекул и образованию большого комплекса, делая его весьма контрастным для MPT. Таким образом учёные впервые получили возможность увидеть генную и ферментативную активность в клетках мозга с помощью

важется резистентность, поэтому оправданы дальнейшие поиски новых соединений органики с металлами, например, таким широко применяемым антиоксидантом, как иридий. Одним из многообещающих является органо-иридиевый комплекс, содержащий хлор, фенил-пиридин и бифенил-тетраметил-пентадиенил (последний «обогащён» знаменитыми пи-связями, которыми богат бензол). К сожалению, отмечают авторы работы в Angewandte Chemie, комплекс быстро разрушается в воде (подвергаясь гидролизу), теряя при этом убивающий раковые клетки хлор. Вот почему они предлагают пиридиновый комплекс (1-ру), который медленно растворяется в воде и проявляет токсическую активность в наномолярных концентрациях. При этом пиридиновый лиганд защищает от атаки водных молекул 1-ру и быстрого реагирования с внутриклеточным глутатионом.

Все эти химические сложности мало что говорят о противораковом механизме действия предлагаемого препарата. Гораздо понятнее то, что 1-ру резко повышает уровень агрессивных кислородных радикалов, рвущих и сжигающих всё на своём пути. Упомянутый ранее иридий катализирует перенос ионов

представили результаты мониторинга исходов у 75 женщин в возрасте 26-82 лет с резистентными к химиотерапии печёночными метастазами. Учёные подчёркивают, что предлагаемый ими метод не является лечебным, он лишь стабилизирует рост метастазов и зачастую приводит даже к уменьшению их объёма. Всё это приводило к уменьшению страданий пациенток и улучшению их состояния. Важно также и то, что метод амбулаторный. Он минимально инвазивен и осуществляется под визуальным контролем (image-guided), поскольку тонкий катетер вводится в артерию, питающую печень, через небольшой разрез в паху. Затем радиолог вводит микросферы с иттрием, закупоривающие просвет опухолевых сосудов, в результате опухолевые клетки убиваются облучением изнутри. При этом поражение здоровых тканей минимальное. Последующий мониторинг был осуществлён у 69 из 75 женщин, показав эффективность подхода 98,5% на фоне минимальных побочных эффектов. У 24 женщин уменьшение объёма метастазов печени достигло 30%.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Chemical Biology.

ФГБУ «НИИ питания» РАМН
объявляет конкурс на замещение должностей научных работников:

Лаборатория метаболизма и протеомного анализа

Заведующий лабораторией	– 1
Ведущий научный сотрудник	– 2
Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 1
Младший научный сотрудник	– 3

Лаборатория спортивного питания с группой алиментарной патологии

Старший научный сотрудник	– 2
Младший научный сотрудник	– 3

Лаборатория витаминов и минеральных веществ

Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 2

Лаборатория оценки безопасности биотехнологий и новых источников пищи

Заведующий лабораторией	– 1
Ведущий научный сотрудник	– 2
Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 1
Младший научный сотрудник	– 1

Лаборатория пищевой токсикологии и оценки безопасности нанотехнологий

Старший научный сотрудник	– 2
Научный сотрудник	– 1
Младший научный сотрудник	– 2

Лаборатория биобезопасности и анализа нутримикробиома

Научный сотрудник	– 1
Младший научный сотрудник	– 1

Лаборатория химии пищевых продуктов

Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 1
Младший научный сотрудник	– 1

Лаборатория пищевых биотехнологий и специализированных продуктов

Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 2
Младший научный сотрудник	– 1

Отделение сердечно-сосудистой патологии

Научный сотрудник	– 1
-------------------	-----

Отделение гастроэнтерологии и гепатологии

Научный сотрудник	– 1
-------------------	-----

Отделение болезней обмена веществ

Научный сотрудник	– 1
-------------------	-----

Лаборатория клинической биохимии, аллергологии и иммунологии

Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 1

Научно-консультативное отделение

Старший научный сотрудник	– 1
---------------------------	-----

Лаборатория возрастной нутрициологии

Заведующий лабораторией	– 1
Старший научный сотрудник	– 1
Научный сотрудник	– 1

Лаборатория энзимологии питания

Младший научный сотрудник	– 1
---------------------------	-----

К участию в конкурсе приглашаются граждане Российской Федерации.

Адрес института: **Устьинский проезд, 2/14, Москва 109240.**
E-mail: **mailbox@ion.ru**
Тел.: **8-495-698-5304, -698-5328.**

Дежурный по номеру

Сегодняшний дежурный по «МГ» Илья КАГАН – ведущий отечественный клинический анатом, не стареющий профессор и настоящая душа Оренбургской медакадемии, основатель и директор её великолепного музея. Почётный член Всероссийского научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов, он в течение 46 лет возглавлял кафедру оперативной хирургии и клинической анатомии, которая носит имя профессора Сергея Сергеевича Михайлова – бывшего в разные годы ректором Оренбургского мединститута, главным редактором «Медицинской газеты» и руководителем Главка Минздрава СССР. Итак, слово Илье Иосифовичу:

– Номер, который «достался» мне на дежурство – очень хороший, насыщенный. Но из всего разнообразия остановлюсь на том, что мне более всего понравилось. Это, конечно, материал об академике Александре Фёдоровиче Краснове. Это человек с большой судьбой, слава Самары и отечественной медицины. О нём можно сказать, что он блестяще «воплотился» в

Для всех нас



своих учениках, нынешних руководителей, преподавателей, студентах Самарского государственного медицинского университета.

Можно говорить и о «Стратегии в интересах здоровья детей», и о «Человеке с ножом» – эти материалы очень разные, но занимают своё, правильное место. Последний – о риске, который сопровождает сотрудников скорой помощи. Было бы уместно попросить корреспондентов «Медицинской газеты» ознакомить нас со статистикой: какова ситуация с нападениями на медработников в разных регионах страны? Ведь преступность в зависимости от места проживания россиян значительно разнится.

В конце номера читатель может интеллектуально «отдохнуть», окунувшись в глубокие размышления архангелогородца Игоря Якушева и блестящий слог рассказа Викентия Пухова.

Перспективы

Панацея от диабета?

Американские учёные объявили об успешном создании эмбрионального клона человека, страдающего сахарным диабетом 1-го типа.

Ядро клетки кожи больного исследователи перенесли в оплодотворённую яйцеклетку человека, из которой предварительно удалили ядро. Это привело к развитию полученной биоинженерной клетки в эмбриональный клон, состоящий из стволовых клеток, которые потенциально могут дифференцироваться в любые клетки организма. Последующее развитие стволовых клеток, полученных из эмбрионального клона, было направлено в формирование инсулинпродуцирующих клеток островков Лангерганса.

В долгосрочной перспективе для лечения сахарного диабета планируется пересадить полученные инсулинпродуцирующие клетки обратно в тело пациента. Иммунной реакции отторжения такая манипуляция не вызовет, так как генетический материал трансплантата будет идентичен ДНК пациента.

Борис БЕРКУТ.
По материалам Associated Press.

В 1895 г., за 15 лет до конфликта З.Фрейда и А.Адлера, Максим Горький опубликовал поэму в прозе «Песнь о соколе», которая, по существу, предвосхитила некоторые коллизии этой полемики. Уж, любитель «тёплых и сырых» мест, длинное и узкое тело которого, как и среда его привычного обитания заставляют вспомнить о фрейдовских конструкциях пансексуализма, и Сокол, преодолевающий сопротивление среды, невзирая на трудности, пытающийся превзойти потенциал собственных возможностей, обозначили некоторые положения психоанализа Фрейда и индивидуальной психологии Адлера.

Уж ориентирован на приоритеты физического комфорта, и его не прельщают пространства, где «много света, но там нет пищи и нет опоры живому телу». Он и в полёте – отрыве от земли – видит лишь фазу падения, тогда как Сокол стремится вверх, презрев неудобства, пытаюсь преодолеть не только объективное сопротивление среды, но и преодолевая самого себя. Поведение Ужа детерминировано телесными удобствами, Сокол же, с точки зрения змеи, поступает иррационально, по сути, убивая себя, когда пытается взлететь вопреки ранам и боли.

Преодолевая комплекс неполноценности

Альфред Адлер (1870-1937) – австрийский психолог и психиатр, создатель системы индивидуальной психологии. Основанием для создания концепции индивидуальной теории личности, возможно, стали особенности его биографии.

В небогатой еврейской семье зерноторговца Альфред был третьим из шести детей. В детстве он чувствовал себя одиноким, постоянно находясь в тени старшего брата Зигмунда, жизнерадостного и предприимчивого человека, ставшего впоследствии успешным бизнесменом. Право первородства, существующее во многих культурах (английский майорат и пр.), отчётливо запечатлённое в сказке «Кот в сапогах», генерировало потенциальное ощущение второстепенности у всех последующих за первенцем детей: не они становились основными наследниками и продолжателями династии. Альфред был любимцем отца, но он был более привязан к матери, несмотря на то, что ощущал с её стороны холодноватое отстранение-отвержение. Впоследствии Адлер говорил о том, что ранние детские воспоминания связаны для него с неизменным ощущением болезни и боли. В раннем детстве мальчик перенёс рахит, из-за чего до 4 лет не мог ходить и долго оставался физически слабым ребёнком. С детских лет он никогда не был уверен в себе, постоянно чувствуя неполноценность, никчёмность, негодность (особенно заметные на фоне старшего брата-первенца, далёкого от терзаний рефлексии), усугубляемые постоянно присутствующим чувством страха и опасности. Тем не менее Адлер упорно боролся с физической слабостью, пользуясь любой возможностью для игр с другими детьми, всегда принимавшими его в свою компанию. Именно среди приятелей он обретал ощущение равенства и самоуважения, которого был лишён дома. В дальнейшем Адлер неизменно подчёркивал важность взаимного переживания и наличия общих ценностей, называя это социальным интересом, благодаря которому личность может реализовать свой потенциал.

Рядом с этим ребёнком шла смерть, постоянно напоминая ему о своём присутствии. Когда Адлеру было 3 года, умер его младший брат – в той самой кровати, где они спали рядом. В детстве Альфред и сам несколько раз был близок к смерти. Дважды его чуть не убили в уличных происшествиях. В 5-летнем возрасте он перенёс тяжёлую пневмонию. Врач считал случай безнадежным, но мальчик остался жив, именно после этого решив стать врачом.

Он плохо учился, так как часто болел. Как признавался сам Адлер, его отличала мечтательность, из-за которой он не мог сконцентрироваться даже на лёгких арифметических задачах. Как-то учитель предложил ему оставить школу и «учиться на сапожника», ибо на большее ему рассчитывать не приходится. Но Альфред начал заниматься с таким упорством, что сумел стать лучшим учеником класса. Он учился преодолевать свои страхи, сомнения, неуверен-

Далёкое – близкое

Пассионарии от психологии

З.Фрейд, А.Адлер и К.-Г.Юнг – три великих реформаторов

ность, слабость, робость. По дороге в школу ему нужно было идти через кладбище. Мысль о том, что он трусливее, чем его товарищи, не давала покоя. Как-то он отстал от сверстников и пробежал через кладбище несколько раз, пока не преодолел страх. На самом деле за «кладбищенским» забором никакого кладбища не было. Это был обычный заброшенный двор, о чём Адлер узнал спустя несколько лет. Но этот эпизод преодоления себя стал очередным этапом борьбы с ощущением неполноценности. В юности Адлер был большим любителем чтения: виртуальный мир книг заслонял для него безрадостную и трудную реальность. Позже знакомство с беллетристической философией принесло ему популярность в венском обществе, а затем и всемирную известность блестящего лектора.

В 18-летнем возрасте Адлер поступил в Венский университет на факультет медицины. Здесь он встретил будущую жену, русскую студентку Р.Эпштейн. После женитьбы Адлер принял протестантство. К концу учёбы стал убеждённым социал-демократом. Социальный аспект бытия заинтересовал его довольно рано, став в дальнейшем основой его концепции, придающей именно этому фактору важнейшее значение. В 1895 г. Адлер получил медицинскую степень. Он начал практику как офтальмолог, затем стал врачом общего профиля, продолжая интересоваться вопросами социальной медицины. Тогда же он опубликовал несколько статей по санитарной гигиене, где анализировал условия труда и экономические отношения с точки зрения их влияния на здоровье человека. Идея о том, что медицинское просвещение и профилактика более эффективны в борьбе с болезнями, чем врачевание, возникнув довольно рано, стала важной составляющей концепции индивидуальной психологии.

Позже его профессиональные устремления переместились в сторону неврологии и психиатрии. В 1901 г. Адлер активно вступился в печати за новую книгу З.Фрейда «Толкование сновидений». Они не были знакомы, но Фрейда тронула попытка молодого врача, и он выразил Адлеру письменную признательность, пригласив его к участию в только что основанной дискуссионной группе по психоанализу. В 1902 г. Адлер примкнул к кружку Фрейда, но он никогда не был абсолютным сторонником тезиса об универсальной роли детской сексуальности в развитии челове-

ческой психики. В пору сотрудничества с психоаналитиками Адлер обогатил эту доктрину рядом идей. В частности, соображениями о чувстве неполноценности, «компенсации и сверхкомпенсации», воле к власти как универсальном движущем мотиве личности; социальном чувстве как условии нормального развития, жизненном плане, на основе которого вырабатываются «фиктивные цели», расходящиеся с социальными условиями и приводящие к неврозу.

Адлеру принадлежит понятие «комплекс неполноценности», под которым он понимал психологические и эмоциональные ощущения человека, выражающиеся чувством

влечении. Скорее всего, интеллектуальную эмансипацию Адлера, с точки зрения психоанализа, можно было бы объяснить попыткой коррекции взаимоотношений (позднего сведения счетов) со старшим братом и – натурально – подавленным гомосексуальным влечением к Зигмунду Адлеру, перенесённым на Зигмунда Фрейда. С точки же зрения теории самого Адлера, эта эмансипация была очередным преодолением – на этот раз влияния авторитета и превосходства старшего брата. Трудно, впрочем, отделаться от мысли о том, что эти построения не исключают, а скорее дополняют друг друга.

8 февраля 1911 г. на собрании Венского психоаналитического общества Фрейд резко раскритиковал Адлера. В ответ на это Адлер и его сторонник вице-президент Штеклер сложили с себя полномочия. В июне Адлер покинул фрейдовский сецессион. Вместе с ним ушли ещё 10 членов движения, образовавших собственный кружок – «Общество свободных психоаналитических исследований», позже переименованный в «Ассоциацию индивидуальной психологии». Фрейд написал об этом Юнгу: «Я очень рад, что наконец-то избавился от банды Адлера». По решению патриарха между членами Венского психоаналитического общества и «бандой Адлера» не допускалось никаких контактов.

Психоанализ трактовал человека как раба либидо, живущего под безальтернативный диктат сексуального влечения; и даже любое творчество в теории Фрейда выглядело как сублимация-трансформация всё того же либидо, не отпускающего человека, заставляющего его плясать под свою дудку (вполне фрейдовский образ). Индивидуальная психология Адлера интерпретировала свершение определяющих поступков и творческих деяний как преодоление комплекса неполноценности, попытку противостоять ему, по существу, обозначая стремление избавления от зависимости, движение к освобождению. Если Фрейд акцентировал роль бессознательного и сексуальности как ведущих детерминант поведения человека, то Адлер отдал приоритет социальному фактору, считая, что характер человека формируется под воздействием его «жизненного стиля» – сложившейся в детстве системы целенаправленных стремлений, реализующей потребность в достижении превосходства и самоутверждении как компенсации комплекса неполноценности.

Не просто наука

На рубеже эпох психоанализ был не просто наукой, но социокультурным движением. Любое движение формирует идеологию и создаёт вождя-сюзерена. Но Адлер не мог быть ничьим вассалом. Особенно – человека по имени Зигмунд. Эта история в его жизни уже была, и он её преодолел. Драма его души могла быть разрешена лишь созданием собственного учения.

Среди психоаналитиков часто возникали дискуссии о базисных узлах теории, очевидно, выражавшие противоречия их персональных жизненных стратегий. Психоанализ притягивал к себе

ярких людей, которые, найдя здесь подходящую интеллектуальную атмосферу, начинали теоретизировать самостоятельно, выстраивая концепции на основе собственного жизненного опыта и разума. Почувствовав себя полноправными членами касты, некоторые члены кружка восставали против патриарха. Адлер был первым. Интересно то, что все психоаналитики, отошедшие от Фрейда следом за ним, были социал-демократами.

В 1912 г. Адлер опубликовал работу «О нервном характере», обобщавшую основные концепции индивидуальной психологии. В том же году он основал «Журнал индивидуальной психологии», выпуск которого был прерван Первой мировой войной. В течение 2 лет Адлер был военным врачом. Вернувшись в Вену в 1916 г., он возглавил военный госпиталь. В 1919 г. при поддержке австрийского правительства Адлер организовал первую детскую реабилитационную клинику. Через несколько лет в Вене было уже около 30 таких учреждений, в которых работали ученики Адлера. Позже подобные клиники появились в Нидерландах, Германии, США. В 1922 г. была возобновлена публикация адлеровского журнала под новым названием: «Международный журнал индивидуальной психологии».

В 1926 г. Адлер получил приглашение занять должность профессора Колумбийского университета в Нью-Йорке, а в 1932 г. окончательно переехал в США. 28 мая 1937 г., приехав в Абердин для чтения лекций, Альфред Адлер умер от сердечного приступа.

Одна из современных концепций психиатрии предполагает её тримодальность. В формировании психической жизни человека участвует материальный субстрат, что очевидно: головной мозг, как ни крути, имеет отношение к ментальной сфере; социальный аспект: влияние окружающих людей на психику субъекта тоже неоспоримо; психический фактор учитывает персональные свойства личности. Три этих вектора – с некоторыми уточнениями – соотносимы с теориями З.Фрейда, А.Адлера и К.-Г.Юнга. Разумеется, их концепции несходны меж собой, но если допустить версию о том, что на разных этапах жизни человека может быть актуально и практически применимо любое из этих учений, ибо наша психика настолько сложна, что в ней свободно уместятся не только три этих теории, но и дюжина других, то идеи Фрейда – Адлера – Юнга могут оказаться комплементарными по отношению друг к другу.

И З.Фрейд, и А.Адлер были пассионариями. Первый изменил представления о психике человека. Второй дал понимание того, что революция психоанализа не является окончательным решением сложного вопроса. Двум пассионарным медведям было тесно в одной берлоге, и их конфликт генерировал мультивариантность трактовки ментальной сферы человека, напомнив о саде расходящихся тропок, в котором не было тупиков.

И всё же странно: фамилии великих реформаторов психологии, будучи переведёнными с немецкого языка, отражают важнейшие аспекты их теорий. Пансексуализм Фрейда (Freude – радость) говорил об одной из радостей жизни, считая её первоосновой психической жизни. Индивидуальная психология Адлера (Adler – орёл, почти сокол) акцентировала полёт преодоления комплекса неполноценности. Аналитическая психология Юнга (Jung – молодой) увидела в плюсквамперфектной юности человечества архетипы, детерминирующие его судьбу.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментальной медицины.

**Северный государственный
медицинский университет.**

Архангельск.

А ещё был случай

Память о хирурге

Доктор медицины в неполные 28 лет, главный хирург Ленинградского фронта, академик и вице-президент Академии медицинских наук, заслуженный деятель науки, лауреат высших премий и Герой Соцтруда, генерал-лейтенант медицинской службы – таков неполный перечень званий и титулов Петра Андреевича Куприянова, указанных в исторических трудах, энциклопедиях и справочниках, какие мы, слушатели Военно-медицинской академии, конечно же, не читали. И не они – должности, титулы и звания – почитались нами, а личность Куприянова.

Тот, кто захотел бы дать жизнеописание этого человека, скорее всего, не избежал бы соблазна посвятить хотя бы несколько строк его службе в российской армии в 1915-1917 гг., куда его направили зауряд-врачом со студенческой скамьи; рассказать о блестящей учёбе в академии после окончания Первой мировой (его оставили в академии ординатором); описать научную карьеру Куприянова – он стал новоположником сердечно-сосудистой хирургии и, применив глубокое охлаждение тела, первым сделал операцию на «сухом» сердце; написать о литературном даре учёного, свидетелем чему – безупречный стиль его монографий и лаконизм пояснений к десяти томам Атласа огнестрельных ранений; удивить читателя описанием уникальных операций, проведённых виртуозом грудной хирургии; поведать о том, как всемирно известный учёный привозил тайком из зарубежных командировок хирургические инструменты и лекарства; привести полный перечень его трудов, опубликованных на многих иностранных языках и рассказать о его школе и учениках; показать на непреложных фактах, что реанимация – наука и практика – началась с его трудов; живописать библиотеку, полную раритетов, которая имела в его кабинете; и уж, само собой, увлечь читателя



новеллами о близости хирурга к артистическому миру и миру литературы, где в те легендарные годы ничего не стоило, если ты интеллигентный или просто порядочный человек, разделить судьбу Мейерхольда, Рафаила Фалька или любопытного, как кошка, Исаака Бабеля.

Мы оставим, однако, это дело профессиональным биографам – тем, кто подвизается на ниве сочинительства о жизни замечательных людей. К тому же и не умею я писать исторические труды.

Поначалу весь рассказ о Петре Андреевиче Куприянове я хотел посвятить его лекциям: рассказать о том, как стоял он за кафедрой – высокий, с куполообразным гладким черепом (свидетельство того, что волосы на голове отнюдь не украшение, а, скорее, досадный атавизм), с манерами и осанкой офицера Генерального штаба царской армии, с пронзительными глазами Хлудова – Дворжецкого. Он читал лекции так спокойно и с таким самообладанием, будто не знал, что у него рак с метастазами и жить осталось считанные недели. В клинике предложили операцию и спросили Петра Андреевича, кого бы он выбрал из

хирургов. Он ответил: «Я так ясно представляю, как тяжело придётся оперировать, что не могу назвать никого из своих учеников». Рассказать обо всём этом надо бы, но речь всё же пойдёт о другом.

Пётр Андреевич имел обыкновение приглашать выпускников академии в свою библиотеку и предлагал выбрать какую-нибудь книгу – на память. Искушение было велико, и мало кто мог устоять перед соблазном.

...С давних пор стоит на моей полке одетый в телячью кожу том из истории Императорской медико-хирургической академии. Ничего особенного нет в этой довольно-таки скучной книге, разве что её оформление и описание солдатского пайка с его двумя фунтами говядины на день. Но подарок Петра Андреевича Куприянова – самое, пожалуй, дорогое, что имеется у меня дома.

Вот и весь рассказ. А теперь скажите, пожалуйста, готовы ли вы предложить хотя бы и самому близкому другу отдать из своей домашней библиотеки книгу – по его усмотрению? Я – не готов.

Викентий ПУХОВ.

Сокровенное

Виктор КМЕТЬ

Каменный принц

Странный малыш, как грозою заряжен,
Сам на себе разбивает замки.
Ветер летит коридорами скважин,
Вместо дверей отворив потолки.

Сложенный крепко в седьмую погибель,
Корни пустивший, покрытый корой,
Встань во весь рост белокаменной глыбой!
Встань, сам себя позабывший герой!

Мальчик, сбежавший из книжного шкафа,
Под каблуками хоронит очки.
Петь помешал узкий ворот рубахи –
Так разорви его и закричи!

Эта свобода досталась от рая,
Сами собой возникают слова,
Три русских буквы на дверце сарая,
А открываешь – там просто дрова.

Дюжина, краденых спичек – сгодится.
Небо, он знает, увидит костры.
Не научился иначе молиться
Каменный принц золотой детворы.

Сердце, поющее Божьей свирелью,
Яростный, сильный, весёлый, живой.
Средь наших зим мальчик станет Апрелем,
Только бы сладил с бунтарской судьбой...

Воздушный шарик

Воздушный шарик слепых мечтаний
Сквозь ограждение колючих проволок.
Расплавить верой шипы металла.
В седьмое небо уйти по горло.

Набравшись спирта сырой отваги,
Топор за пояс – и в лес сомнений:
Рубить тропинки в гнилых корягах
И пьяной песней пугать медведей.

Дурак – начало любого чуда,
Любовь – прямая с ума дорога.
Целуйте крепче в ответ Иуду,
Ищите правду, найдите Бога.

Сняв душу с крючьев больных вопросов,
На озаренье не наглядеться.
Предельно ясно, предельно просто –
Учитесь слушать и слышать сердце.

ОБ АВТОРЕ. Виктор Кметь – выпускник Тверской государственной медицинской академии 2007 г. Врач-эндоскопист Красногорской городской больницы № 1 Московской области. Лауреат тверской молодежной литературной премии «Омоним»-2013. Автор поэтического сборника «Ученик Прометея».

Приток Оби					Маго- маев	Мазь, дерма- тит		СКАНВОРД										Шуточ- ное задание		Прус, роман																	
	Беваци- зумаб	Рос. море- плава- тель		Орна- мент				Пос- ледний царь Трои	Антико- агулянт											Снег, ледник		"Коро- левские ...", Горин	Вост. едино- борство			Амер. виру- солог											
					Амер. тени- систка				Гомон		Степень участия		Условия задачи		Сорт груши		Угроза								Порт												
	Жен. боже- ство латинян	Масса		Спит ... да видит курицу				"Энни Холл", реж.					Пианист Бадюра- ...									Бунин, рассказ															
				Нанай- ские лепеш- ки		Народ, Гамбия			Молни- еносная игра		"Пер Гюнт", перс.				Пальма	Англ. зем. мера		Благо- родный газ																			
	Автор оперы "Конт- рабас"		Вкус				Глава мус. общины		Пара- фин		Нидерл. поэт		Единица инфор- мации		Сани на Севере							Аму- дарья в древ- ности															
					Бакте- рия				Нота		Г. Турку (швед.)				Буква кирил- лицы	А	Я	Ч	О	Л					П	Е	Р	Г	А		Г						
																П	Е	Д	А	О	Н	И	Л	Л	А	П	Ш	А		Р							
																А	У	Э	Р	Е	В		Е	А		У		Д	О	Г	А	Л	Е	Ш	А		
																Н		К	О	Р	Т	И	К	Н	А	М	А	М	А	Р	К	А	И	Н	Р	У	Ф
																К	У	П	Е	Р	А	С	О	А	А	Ф	Т	А	А	Ю	О	Н	Д	В	Е	Р	И
																Л		С	А	У	Л	Д	А	У	Н	Ф	Н		Л	А	Т	Ы	З	А	К		
Автор Валерий Шаршуков					Болезнь коров	Танго					Застой крови					А	Н	Я	Н	Д	Ж	Е	К	Е	Р	И	К	П									
																В	Р	О	К	К	О	К	У	З	У	К	О	Р	И								
																	Д	А	М	О	С	Т	Ч	Е	С	Н	О	К									
Ответы на сканворд, опубликованный в № 42 от 11.06.2014																																					

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 42 от 11.06.2014.



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА,
А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ,
А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ
(зам. главного редактора – ответственный секретарь),
Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам.
отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба);
inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий
и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416,
к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда»
123007 Москва,
Хорошевское шоссе, 38
Тел. (495) 941-28-62,
(495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_vezda@mail.ru
Заказ № 2675.
Тираж 36 320 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»:
50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.