

Главная тема

«За доступную медицину!»

Под этим девизом прошла всероссийская акция протеста медицинских работников

Профилактика не помогла: несмотря на упреждающие контакты власти с медиками, шествия, митинги и пикеты против оптимизации здравоохранения и закрытия лечебно-профилактических учреждений, сокращения персонала прокатились по всей стране, от Калининграда до Владивостока.

Без большой поддержки

Под лозунгом «За доступную медицину!» наряду с Москвой и Санкт-Петербургом, медики вышли на улицы и площади в Екатеринбурге, Оренбурге, Ижевске, Перми, Тюмени, Омске, Нижнем Новгороде, Брянске, Астрахани, Калининграде и других городах России. Большой поддержки у людей акция, правда, не вызвала: кроме столицы, где, по данным МВД, в митинге участвовало 1,5 тыс. человек, а, по оценке самих протестующих, – до 5 тыс., дело ограничилось несколькими десятками сотрудников больниц, поликлиник и бригад скорой помощи, к которым присоединились пациенты и, конечно же, представители политических партий.

Вот несколько сообщений из городов страны.

Екатеринбург. Пикет уральских медиков, в котором приняли участие около полусотни человек, состоялся в столице Урала у памятника отцам-основателям города на площади Труда.

Как сказал один из врачей городской больницы № 36, он разочарован акцией, так как не увидел на ней ни представителя Минздрава, ни губернатора Свердловской области. Пикет он назвал «профанацией».

«Мы хотели бы увидеть на этой встрече губернатора. Хотели бы напомнить ему, что он по первому образованию фельдшер», – говорили участники акции. (В 1993 г. глава региона Евгений Куйвашев действительно окончил Тобольское медицинское училище, он по специальности «стоматолог-ортодонт»).

Уфа. Пикет сотрудников уфимских ЛПУ в рамках всероссийской акции протеста медиков пришлось провести «досрочно», в пятницу 28 ноября, на площади по улице Ахметова перед сквером «Волна», сообщил оргсекретарь межрегионального профсоюза работников здравоохранения «Действие» Андрей Коновал. «Согласование пикета вызвало трудности, – сказал он. – В итоге удалось согласовать проведение пикета в пятницу. Это рабочий день, что, конечно же, сказалось на числе пришедших».

Чита. На акцию протеста медиков вышли меньше 100 человек, хотя мероприятие было рассчитано на тысячу участников. Организаторы митинга выдвинули ряд требований, связанных с проблемами в сфере краевого здравоохранения. Все требования будут направлены Правительству и Президенту РФ, а также местным властям.

Во главе с губернатором

Ульяновск. Инициаторами акции «За доступную и качественную медицину» здесь стали губернатор области, член президиума регионального политсовета партии «Единая Россия» Сергей Морозов.

Как отметил глава региона, все вопросы по оптимизации сети ЛПУ и всем структурным преобразованиям по линии Минздрава будут осуществляться только под жестким контролем партии «Единая Россия». «Учитывая бюджетную целесообразность, мы не должны забывать о простых людях, их мнениях и судьбах. Недопустимо запускать процессы реорганизации, не посоветовавшись с профессиональным и экспертным сообществом, со всеми общественными институтами, с рядовыми жителями области, – заявил С.Морозов. – Более того, необходим региональный закон, который будет регламентировать



Разошлись миром...

порядок реорганизации или ликвидации бюджетных учреждений. Это касается образования, здравоохранения и других социальных отраслей».

В рамках акции запланированы день здоровья, заседание рабочей группы по реализации партийного проекта «Здоровый регион», съезд молодых специалистов отрасли, старт конкурса «Мой любимый доктор». Кроме того, запуск программы оценки работы эффективности учреждений здравоохранения, дни главных врачей медучреждений, съезды пациентских организаций, стартует проект по присвоению лечебным учреждениям имён заслуженных ульяновских врачей, а также пройдёт ряд других мероприятий.

«Акция очень политизирована»

Как сообщил А.Коновал, на митингах и пикетах была принята единая резолюция с требованием сохранения доступной медицины. «В то же время в конкретных регионах резолюции были дополнены региональными темами», – уточнил он.

А заместитель главы профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергей Ремизов обратил внимание, что «в акции принимают участие в основном представители политических партий, собственно медицинских работников здесь очень немного: всего порядка 2-3%. Акция очень политизирована».

С.Ремизов отметил, что минимальное участие врачей в акции

связано с тем, что на прошедшей неделе в столице были приняты меры социальной поддержки работников здравоохранения: решение о выплатах единовременной помощи сокращаемым в ходе оптимизации медикам, а также возможность пройти подготовку и найти новую работу за счёт города. Речь о решении мэра Москвы Сергея Собянина выплатить всем уволенным медикам единовременное пособие размером от 200 до 500 тыс. руб. и помочь им в дальнейшем трудоустройстве.

По словам вице-мэра Москвы Леонида Печатникова, на митинг политических активистов затмили своим количеством и активностью пришедших на мероприятие медработников, собравшиеся пытались играть на эмоциях митингующих, заботясь лишь о собственных карьерных интересах. В резолюции участников протестного мероприятия в столице выражено требование о замораживании реформы системы здравоохранения Москвы, объявлено также, что они начинают бороться за то, чтобы мэр города С.Собянин ушёл в отставку.

Питерцев «резать» не будут?

Санкт-Петербург – пожалуй, единственный регион в стране, где представители независимых медицинских профсоюзов не стали закопёрщиками митинга в рамках всероссийской акции протеста медработников и пациентов «За доступную медицину!», отказались

организованно выводить врачей и сестринский персонал на улицы, и при этом публично объяснили своё решение.

Накануне глава местного отделения межрегионального профсоюза медицинских работников «Действие» Игорь Малахов с коллегами обратился в Комитет по здравоохранению и территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга с просьбой обсудить волнующую тему. Запланированы ли городскими властями по московскому сценарию? Развёрнутые ответы на этот и другие вопросы инициаторы встречи получили, собравшись вместе с чиновниками за «круглым столом». А поскольку диалог медицинской общественности с властью преждержащими состоялся и позиция последних устроила активистов, то, по их мнению, необходимость в демонстрации всякого противостояния отпала.

Что это за позиция, согласуется она или не согласуется с некоторыми антисоциальными действиями федеральных властей, можно сделать вывод из резюме для представителей СМИ председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Валерия Колабутина по итогам «круглого стола». Управленец выразил уверенность, что здравоохранительной сферы С.-Петербурга не коснутся потрясения вроде сокращения бюджетных расходов на медицину в будущем году, «секвестирования» коечного фонда, «замораживания» зарплат врачам и медицинским сёстрам.

– Напротив, объёмы бюджета городского здравоохранения по-

зволяют обеспечить рост заработной платы, запланированный на 2015 г. Увеличение бюджета составляет более 13%, – подчеркнул глава комитета.

Как заявил В.Колабутин, массового увольнения медицинского персонала тоже не предвидится, ибо городу это не нужно. Сегодня ситуация в Санкт-Петербурге прямо противоположная. Только в этом году в лечебные учреждения влились 800 дипломированных новичков, 600 из них – врачи.

И тем не менее, так ли уж сфера здравоохранения не чувствует на себе жёсткие вериги экономического кризиса, как стараются представить петербуржцам власти? Сомневающимся немало. Именно они и откликнулись на призыв Межрегионального профсоюза «Рабочая ассоциация» прийти на площадь Ленина, что у Финляндского вокзала, чтобы не только выразить солидарность с другими российскими регионами, протестующими против оптимизации «неэффективных» учреждений здравоохранения и масштабного увольнения медиков, но и предупредить питерских столичников: смотрите, вздумайте только не выполнить свои обещания!..

– Жаль, что медицинские профсоюзы по сути оказались на нашем митинге простыми наблюдателями, – сообщил своё мнение по ситуации корреспонденту «МГ» депутат Законодательного собрания Санкт-Петербурга Ирина Комолова. – Объяснение такое: с зарплатами всё нормально, значит, и нечего раскачивать лодку. Поэтому здесь врачей гораздо меньше, чем могло бы быть. Между тем проблема гораздо глубже, чем кому-то кажется. При нашем молчаливом согласии началось масштабное «обрезание» медицины. Деньги, которые из федерального центра расходятся в регионы, пойдут на удержание зарплат врачам. На содержание собственно лечебных учреждений мало что остаётся...

К народу повернуться лицом

Пикет с участием около 60 протестующих был выставлен на площади Ленина в Брянске, в их руках – лозунги с требованиями повысить зарплату и услышать их голос. Призыв к диалогу звучал у всех выступающих.

Как сообщил организатор акции психотерапевт Александр Куприянов, накануне её в городе закрыли отделение кардиологии городской больницы, а в селе Овстуг ликвидировали уникальный центр реабилитации больных сахарным диабетом.

Глава Брянской области Александр Богомаз и председатель областной Думы Владимир Попков раскритиковали, кстати, состояние здравоохранения. Простаивающее оборудование, нелепые способы ремонта – это лишь некоторые стороны медицины, о которых с возмущением высказались они. «К народу надо лицом повернуться, – сказал В.Попков. – Если аппаратура есть, она должна работать. Если работать неэффективно, то никаких денег не хватит».

Главе Департамента здравоохранения дали 2–3 месяца, чтобы навести порядок в отрасли.

Подготовили
Константин ШЕГЛОВ,
Владимир КЛЫШНИКОВ,
корреспонденты «МГ».

Официально

Министр надеется на урегулирование

Глава Минздрава России Вероника Скворцова выразила надежду на урегулирование всех вопросов, связанных с реформой столичного здравоохранения.

«Мы надеемся, что все вопросы, которые вызвали некоторые шаги в московском здравоохранении, будут абсолютно урегулированы, и все шаги пойдут на благо развития московского здравоохранения, – сказала В.Скворцова журналистам, комментируя состоявшуюся 30 ноября в Москве акцию протеста медиков.

Напомнив о недавнем обсуждении проблем здравоохранения в рамках Совета при Президенте

РФ по развитию гражданского общества и правам человека, министр заметила: «Вчерашний митинг, насколько мне известно, прошёл на другой волне, и действительно количество вышедших медицинских работников было существенно ниже, при этом увеличилась доля политизированных групп, которые включились в защиту прав совместно с медиками».

В.Скворцова убеждена, что России безусловно необходимы оптимизационные мероприятия системы здравоохранения, чтобы все её ответвления работали слаженно. Но преобразования, считает она, не должны сказываться на уровне оказания медицинской помощи и задевать интересы населения.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 80 (1847)

Минимально инвазивные хирургические технологии под контролем ультразвуковой навигации на сегодняшний день стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний. В данных технологиях крайне заинтересованы хирурги, онкологи, специалисты по лучевой диагностике, рентгенохирурги и т.д. Актуальность рассматриваемых вопросов определяется, с одной стороны, сложившейся тенденцией к минимизации хирургической агрессии при выполнении операций, а с другой – постоянным развитием и совершенствованием аппаратно-инструментального обеспечения современных хирургических клиник. Патология желчных путей, объёмные образования органов брюшной полости и грудной клетки, хирургическая урология и гинекология – тот неполный перечень областей хирургии, в которых минимально инвазивные технологии в сочетании с возможностями ультразвуковой топической диагностики нашли своё применение.

Весь процесс минимально инвазивных манипуляций (МИМ) состоит из двух этапов: проведение пункционного устройства в центр патологического очага и дальнейшее диагностическое или лечебное воздействие в зависимости от конкретной клинической задачи. Во время всех этих этапов крайне необходима надёжная визуализация очага-мишени и инструмента (иглы, катетера и т.д.) для предупреждения травм органов и сосудов.

Этим требованиям полностью соответствует **метод УЗ-сканирования**, работающий в режиме реального времени и «серой шкалы». Метод не обременителен для больных, не имеет лучевой нагрузки и присутствует в диагностических подразделениях практически всех типов ЛПУ.

УЗ-сканирование в отличие от других диагностических устройств позволяет определить взаиморасположение органов с учётом их физиологического движения до и во время манипуляции; выбрать оптимальную траекторию пункции по минимальному расстоянию до очага-мишени или по наиболее безопасному пути движения пункционного устройства между жизненно важными структурами; оценить весь процесс движения пункционной иглы в режиме реального времени; определить эффективность манипуляции и при необходимости внести коррективы в процесс за минимальный промежуток времени; оценить степень изменений в органах и тканях после совершения манипуляции в динамике.

Перед УЗ-исследованием оцениваются лабораторно-инструментальные данные из истории болезни пациента. Затем проводятся клинический осмотр и методическая пальпация органов брюшной полости и зоны проведения малоинвазивного вмешательства.

Результаты УЗИ зависят от правильного выбора режима работы ультразвукового аппарата применительно к конкретному больному. Большое значение имеет уровень мощности и усиление УЗ-волн, фокусировки, масштаба изображения, контрастности и яркости видеомонитора. В противном случае возникают артефакты, затрудняющие работу и ведущие к ошибочным заключениям.

УЗ-приборы являются томографами, поэтому они имеют недостатки, свой-

ственные томографам вообще. Отсюда следует важность профессионального навыка врача-исследователя, проводящего сканирование интересующей зоны в полном объёме и во всех плоскостях. Основным приёмом во всех методах УЗИ является маятникообразное покачивание датчика, заключающееся в изменении угла наклона между различными плоскостями сканирования и поверхностью кожи. При этом получают различные томографические срезы очага-мишени.

Образная мысленная суммация по-

Современные клинические возможности малоинвазивных манипуляций под ультразвуковым контролем

следних и даёт врачу-оператору знания о размерах, структуре очага и т.д. Оптимально использовать в своей работе три основные УЗ-методики: «серой шкалы» (В-режим), импульсно-волновой доплер по программе цветного доплеровского картирования и энергетического доплера (ЭД).

Метод ЭД более предпочтителен иным режимам цветного доплера, так как он отображает состояние сосудистой системы самого очага. Импульсный и непрерывный режим доплер-исследования даёт анализ высоких и средних скоростных показателей в сосудах крупного и среднего диаметра вокруг очага. Этот режим необходим в оценке степени воздействия патологического процесса на окружающие органы и ткани (экстравазальный стеноз, патологические изменения стенок сосуда, динамика тромбоза и т.д.).

Этот метод наиболее информативен в оценке распространённости патологического процесса: прорастания опухоли в органы и ткани, наличия метастатических тромбов, взаимоотношения регионарных увеличенных лимфоузлов и сосудов мелкого диаметра. Перспективным методом для выбора зоны биопсии является **соноэластография**. Это новый ультразвуковой способ оценки жёсткости очагового поражения, который даёт дополнительную информацию по распространённости патологического процесса.

Оптимально применять линейные и конвексные электронные датчики 3,5 и 5,0 МГц, пункционный датчик 3,5 МГц. Интраоперационные исследования проводят линейным электронным датчиком 7,5-12-15 МГц.

Задачи УЗ-сканирования на до-манипуляционном этапе:

1. Предварительное заключение о природе очага патологического процесса.
2. Определение оптимального пути пункционного канала до очага/зоны интереса.
3. Оценка степени опасности потенциальных осложнений после манипуляции.
4. Подбор программы абластики пункционного канала при подозрении на злокачественную природу очага и потенциальную опасность диссеминации злокачественных клеток по пункционному каналу или оценка необходимости обработки стенок пункционного канала для профилактики кровотечения.

Задача № 1 решается путём проведения анализа УЗ-изображения, и после этого врач-манипулятор и/или специалист УЗ-диагностики проводит выбор программы биопсии в соответствии с ожидаемой природой пунктируемого очага.

Задачу № 2 начинает решать программа BIOPSY, которая имеется в приборах практически любого класса. Однако биопсийный канал, предлагаемый программным обеспечением УЗ-аппарата, рассчитывается только по критерию минимального расстояния от места чрескожного введения малоинвазивного инструмента до пунктируемого очага. При этом не учитывается опасность повреждения полых органов, магистральных сосудов, дилатированных желчных протоков и т.д. Исходя из главного принципа «минимизация риска вмешательства», врач-манипулятор вы-

бирает более безопасный путь пункционного канала, вопрос о длине «трассы» является второстепенным.

Задача № 3 тесно связана с задачей № 2, требуется хорошее знание топографической анатомии для всей операционной бригады. Если от хирурга это ожидается по определению, то для специалиста по УЗ-диагностике требования выше, так как классическая топографическая анатомия тесно связана с УЗ-анатомией и топографией, имеющих свои особенности. Также широкий спектр современного малоинвазивного инструментария позволяет сократить абсолютные противопоказания и перевести их в относительные. Например, если пункция капиллярной гемангиомы печени была противопоказана на первых этапах диагностического алгоритма в 1990-е годы из-за высокого риска кровотечения, то в настоящее время проведение тонкоигольной биопсии (игла G21-22) гемангиом возможно по клиническим показаниям на всех этапах указанного алгоритма, что позволяет значительно сократить экономические затраты при обследовании пациентов. Такими же иглами безопасно проводить мультифокальные пункции поджелудочной железы через стенки желудка и петель кишечника без опасности возникновения перитонита.

Задачи УЗ-сканирования во время МИМ:

1. Проведение малоинвазивного инструмента в зону интереса.
2. Следование малоинвазивного инструмента в зону интереса по ранее выбранному оптимальному пути пункционного канала.
3. Оценка степени опасности потенциальных осложнений во время манипуляции.
4. Уверенная визуализация малоинвазивного инструмента в зоне интереса и при необходимости по ходу пункционного канала.
5. Немедленная оценка эффективности манипуляции.
6. Выведение малоинвазивного инструмента из зоны интереса по оптимальному пути пункционного канала с проведением абластики стенок биопсийного канала при необходимости.
7. Выявление немедленных осложнений после МИМ.

Задачи УЗ-сканирования после МИМ:

1. Оценка эффективности манипуляции.
2. Выявление ранних (до 1-3 суток),

отсроченных (от 3 до 15 суток) осложнений после МИМ.

3. Оценка степени восстановления функции органа и системы органов в целом.

4. Мониторинг для выявления отдалённых осложнений (от 1 до 3 месяцев).

5. Мониторинг для оценки степени восстановления функции органа и системы органов в целом в отдалённом периоде клинического наблюдения (от 1 до 3 лет).

Общие показания и противопоказания к применению малоинвазивных манипуляций под УЗ-контролем

Показания к МИМ достаточно обширны и постоянно расширяются. Они зависят от клинической ситуации и доступности других методов диагностики и лечения, начиная от традиционных (лапароскопия, эндоскопия и т.д.) и заканчивая хирургическим пособием.

Задача специалиста УЗ-диагностики на предварительном врачебном консилиуме состоит не столько в определении конкретных показаний к МИМ у данного пациента и деталей проведения вмешательства, сколько в оценке соотношения риска проведения данной манипуляции и её эффективности в сравнении с другими методами диагностики и лечения. Риск манипуляций складывается из противопоказаний к ним, анатомических условий в зоне органов мишеней, степени технической оснащённости, профессионального уровня врача-оператора.

Основные показания к проведению МИМ:

- очаговые образования органов брюшной полости и забрюшинного пространства (диагностические пункции);
- выраженные диффузные изменения в паренхиматозных органах с наличием псевдоузловых зон (трепан-биопсии);
- верифицированные опухолевые образования злокачественного генеза (паллиативные лечебные манипуляции);
- кистозные ретенционные образования паренхиматозных органов (диапневтические манипуляции);
- подозрение на наличие абсцессов в брюшной полости и забрюшинном пространстве (диагностические и лечебные манипуляции);
- желтухи неясного генеза (трепан-биопсии печени + ЧЧХГ);
- обтурационные холециститы (диапневтические манипуляции);
- механические желтухи в случаях противопоказаний к ЭРХПГ и ЛС; декомпенсации сердечно-сосудистой системы, острого нарушения мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда, комы различных этиологий, при наличии местных противопоказаний к ЭРХПГ и ЛС (спаечные процессы, массивный инфильтрат, пилоростеноз, оперированный желудок, опухоли печёночно-дуоденальной зоны);
- свободная или отграниченная жидкость в серозных естественных полостях неясного генеза.

Противопоказания к проведению МИМ

- Абсолютные:**
- декомпенсированные коагулопатии и другие заболевания, сопровождающиеся выраженными необратимыми нарушениями свёртывающей системы крови;
 - отсутствие контакта с пациентом (острые психозы, декомпенсации психических заболеваний, особо опасные инфекции);

– отсутствие информированного согласия больного на проведение МИМ.

Относительные:

– тяжёлое состояние больного (декомпенсация сахарного диабета, отёк лёгких, кардиогенный шок, коматозные состояния, внутреннее кровотечение);

– пункции эхинококковых кист и гемангиом иглами более 1 мм в диаметре;

– механическая желтуха – при проведении только диагностических процедур, без дальнейшей декомпрессии желчной протоковой системы.

Особое место в расширении показаний занимают НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ локальных условий для проведения МИМ:

– хорошая визуализация органа-мишени;

– наличие безопасной траектории функционального канала (отсутствие петель кишечника, магистральных сосудов и т.д.);

– чёткая дифференциация патологического очага от других, сходных по ультразвуковой структуре изображений;

– возможность выполнения экстренного хирургического пособия в случае возникновения осложнений непосредственно в ходе МИМ или процедур, носящих отсроченный характер.

Отсутствие этих условий можно расценивать как абсолютные противопоказания к проведению малоинвазивных процедур.

При общей характеристике малоинвазивных технологий в медицине мы основывались на основных стандартных методиках, классификациях, показаниях и противопоказаниях, принятых большинством исследователей и одобренных Ассоциацией специалистов УЗ-диагностики в медицине за период 1998-2014 гг. Все малоинвазивные манипуляции под УЗ-контролем подразделяются на три основные группы:

- диагностические
- диагностические
- лечебные.

Задачи диагностических малоинвазивных вмешательств:

1. Морфологическая верификация очаговых поражений (ОП).
2. Цито- или гистологическая оценка патоморфоза после лечения.
3. Необходимость иммуногистохимии или иммуноцитохимии ОП.
4. Оценка флоры и чувствительности к АБ полученного субстрата.
5. Внутриполостные УЗ-исследования.
6. Внутрисосудистые вмешательства.

Показания для проведения диагностических малоинвазивных вмешательств:

- ОП злокачественного генеза;
- оценка патоморфоза после лечения;
- ОП кистозного характера;
- гепатит, цирроз, очаговый жировой гепатоз, узелковая гиперплазия (при динамике УЗ-семиотики);
- милиарные очаги (< 10 мм);
- у пациентов с первичной злокачественной опухолью с наличием любого типа ОП;
- клиническая необходимость кордои/или амниоцентеза;
- необходимость введения эхо- и/или рентгено-, МРТ-контраста;
- асцит, гидроторакс, выпотной перикардит неясной этиологии.

Задачи диагностических/лечебных малоинвазивных вмешательств:

1. Морфологическая верификация очаговых поражений (ОП).
2. Оценка флоры и чувствительности её к АБ.
3. Аспирация жидкостной фракции ОП.
4. Инсталляция диагностических/лекарственных веществ.
5. Чрескожные/чреспечёночные холедохолангиографии.
6. Внутрисосудистые пункции/катетеризации, наложение фистул (например, TIPS).

Инструментарий для проведения малоинвазивных вмешательств

Категория инструментария	Наружный диаметр (характер получаемого тканевого материала)	Классификация по требованиям ЕС
Малый + иглы с режущим краем	До 1 мм (цитология + «малая» биопсия)	G25-G21 (< F3)
Средний	1,0-1,4 мм (cito + гистология)	G20-G16 (F3-F5)
Крупный	1,4-2,0 мм (гистология)	> G16 (F6)

Приложение: G – диаметр иглы, F – диаметр катетера или иглы.

Таблица 1

Методики проведения малоинвазивных вмешательств

Характер методики	Показания к применению
Free hand (свободная рука)	Большие ОП, поверхностные ОП, необходимость манёвра во время МИМ
Пункционный адаптер	ОП 20-40 мм, глубина 60-100 мм
Пункционный датчик	ОП до 30 мм, глубина 60-200 мм, сложность доступа
Стереотаксические устройства	ОП до 10 мм, глубина 150-200 мм, сложность доступа

Таблица 2

Оптимальный состав медбригады для малоинвазивных вмешательств

Характер манипуляций	Состав медбригады
Диагностические	Врач УЗД + м/с
Диапевтические	Врач УЗД + хирург + операционная м/с
Лечебные	Врач УЗД + хирург + операционная м/с
Локальная терапия	Врач УЗД + хирург + операционная м/с анестезиологическая служба + патоморфолог + инженер по оборудованию

Таблица 3

Анестезия при малоинвазивных вмешательствах

Характер манипуляций	Виды анестезии
Диагностические	Без анестезии, местная
Диапевтические	Премедикация, местная
Лечебные	Премедикация, местная, эпидуральная
Локальная терапия	Премедикация, эпидуральная, общий наркоз

Таблица 4

7. Дозированный лапароцентез.

8. Перитонеальный диализ (1 этап – установка дренажей).

Показания для проведения диагностических/лечебных малоинвазивных вмешательств:

- ретенционные непаразитарные кисты;
- кисты любого диаметра с нарушением гемодинамики в перифокальных отделах органов или тканей;
- послеоперационные осложнения (абсцессы, желчные затечники, гемобилемы и т.д.);
- высокая желчная гипертензия любого генеза;
- паразитарные кисты (при невозможности/нецелесообразности оперативного лечения);
- острый холецистит (при невозможности/нецелесообразности оперативного или лапароскопического лечения).

Задачи малоинвазивных вмешательств в локальном лечении ОП:

1. Радикальное лечение (гепатоцеллюлярная карцинома до 40 мм, ретенционные кисты, растущие гемангиомы, аденомы, эутиреоидный фолликулярный зоб, склеротерапия поверхностных вен и т.д.).
2. Паллиативное/циторедуктивное лечение.
3. Паллиативная помощь (купирование висцерального болевого синдрома).

Методики и показания для малоинвазивных технологий в локальном лечении ОП:

- склеротерапия ретенционных кист паренхиматозных органов;
- склеротерапия поверхностных вен;
- УЗ-мониторинг при установке стентов в урологии, гепатологии, панкреатологии и т.д.;
- УЗ-мониторинг при криодеструкции, радиочастотной абляции, электрохимическом лизисе, лазерной фотокоа-

гуляции, фокусированном лечебном ультразвуковом воздействии, деструкции склеротерапии этиловым спиртом злокачественных очаговых поражений паренхиматозных органов.

Задачи УЗ-мониторинга при малоинвазивном локальном лечении ОП:

1. Неинвазивный контроль за объёмом лечения.
2. Оценка гемодинамики.
3. Выбор зон информативных биопсий.
4. Инвазивный контроль за немедленным патоморфозом во время лечения.
5. Коррекция технического режима локального инструментального лечения.
6. Профилактика ятрогений.

Здесь приведены основные широко распространённые данные. Узкоспецифичные методики и задачи, значимые для отдельных клинических дисциплин мы сознательно не приводили. Показания и методики постоянно совершенствуются и обновляются и на момент выхода настоящего издания могут быть изменены.

Инструментарий и общие правила выполнения методики: современные требования.

Общепринятой классификации инструментария на настоящий момент нет, но большинство исследователей пользуются градацией инструментов по наружному диаметру малоинвазивного устройства, формирующего пункционный канал в тканях человека (см. табл. 1). Диаметр игл или дренажей измерялся в миллиметрах и обозначался шкалой Шарьера в единицах Franch (F), где 1 F = 0,33 мм. Иглы также различаются по калибрам gauge (G). Величина G обратно пропорциональна диаметру иглы. Существуют следующие соотношения G, F, дюймов и миллиметров. Наиболее частые сравнения: G 23 – 0,6 мм, G 22 – 0,7 мм, G 21 – 0,8

мм, G 20 – 0,9 мм, G 19 – 1 мм, G 18 – 1,2 мм, G 16 – 1,7 мм, G 14 – 2,1 мм.

Пункционные иглы различаются по характеру заточки и формы конца иглы. Имеются иглы с обычным краем типа CHIVA, используются иглы с режущими краями типа COOK, BAXTER, YGON и т.д.

Иглы для трепан-биопсии с забором столбика ткани имеют размеры более 1 мм. Для их работы применяются полуавтоматические пункционные устройства, сходные с лапароскопическими инструментами, и так называемые биопсийные пистолеты с полным автоматическим циклом проведения пункции. Для трудоёмких вмешательств: при ЧЧХГ, нефростомии, эндобилиарных дренированиях и т.д. целесообразно использовать малоинвазивные инструментальные наборы, включающие в себя иглы различного диаметра, бужи, проводники, различные типы катетеров.

Для выполнения МИМ необходимо соблюдения правил асептики и антисептики. Манипуляции проводятся в специально оборудованном помещении в режиме перевязочной или операционной. Весь инструментарий обрабатывается в соответствии с приказами Минздрава России № 194, 408, 501, 720. Датчики обрабатываются дезинфицирующими средствами на основе раствора хлоргексидина, возможно использование других средств после согласования в региональной СЭС или фирмой-производителем аппаратуры. Оптимально применение стерильного геля и стандартной обработки операционного поля, исключающее йодосодержащие растворы. Различные типы методик МИМ под УЗ-контролем приведены в таблице 2.

Метод Free hand (свободная рука) наиболее прост, так как применяется любой УЗ-датчик и пункционная игла, не связанная с датчиком. Датчик устанавливается в зоне биопсии и в свободном движении рукой выводят иглу под углом, эмпирически выбранным врачом-манипулятором при доманипуляционном УЗ-сканировании.

Метод требует наличия большого опыта малоинвазивной бригады и воспроизводим только в тех ЛПУ, где МИМ вошли в практику в течение нескольких лет. Методы применения адаптеров или пункционных датчиков сходны: имеется жёсткая или полужёсткая фиксация направляющей иглы к плоскости датчика. Это облегчает введение конца малоинвазивного инструмента и зону интереса с последующим уверенным его позиционированием в зоне диагностики/лечения.

К недостаткам адаптеров относят наличие так называемого «слепого» пространства, где игла проходит вне зоны визуализации. В пункционных датчиках наблюдается худшая визуализация игл менее 1 мм в диаметре, так как имеется крайний малый угол отклонения эхоимпульсов от поверхности иглы. В адаптерах этот угол в 2-3 раза больше.

Стереотаксические устройства применяются реже из-за их высокой стоимости и узкого спектра показаний. Основным показанием является размер зоны интереса до 10 мм. Данная методика необходима в тех ЛПУ, где проводят катетеризации сосудов под УЗ-контролем. В настоящий момент это прерогатива ангиографии, но стоимость методики в 10-20 раз дороже, чем при использовании УЗ-сканирования. От характера МИМ зависит и состав медицинской бригады (см. табл. 3) и характер обезболивания (см. табл. 4). Таким образом, внедрение в современную клиническую практику малоинвазивных технологий под ультразвуковой навигацией, является необходимостью в арсенале врача начала XXI века.

Алексей БОРСУКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор,
Смоленская государственная
медицинская академия.

В декабре 2014 г. Тверская государственная медицинская академия отмечает знаменательную дату. Ровно 60 лет назад, в 1954 г., знаменитый Ленинградский стоматологический институт, корпуса которого располагались на легендарном Невском проспекте, переехал на просторные берега Верхневолжской земли и был преобразован в Калининский мединститут. Богатейшие научные традиции питерского периода и сегодня свято хранят в стенах академии учёные-последователи, при этом основной задачей руководство ТГМА считает для себя оставаться востребованным, прогрессивным и перспективным вузом современности. Сегодняшнее интервью – откровенный разговор с ректором Тверской ГМА, известным учёным-патолофизиологом, доктором медицинских наук, профессором Михаилом КАЛИНИНЫМ об истории, настоящем и будущем прославленного вуза.

– Михаил Николаевич, Тверская медицинская академия является вузом с невероятно богатой историей. Само здание академии можно назвать памятником архитектуры, важнейшим историческим центром Твери...

– Это действительно так. Административный корпус академии расположен в самом центре столицы Верхневолжья, напротив знаменитого Путевого дворца, выстроенного по приказу императрицы Екатерины II. Историческое здание вуза было спроектировано легендарным архитектором И.Львовым и доработано К.Гейденрейхом. Изначально здесь располагались мужская гимназия и исторический музей. Знаменитыми попечителями заведения в разные годы были губернатор П.Багратион, городской голова А.Головинский, поэт, писатель и герой Отечественной войны 1812 г. Ф.Глинка и другие. В здании гимназии располагался церковный приход Макария Калязинского, а в 1915 г. находилась музыкальная школа А.Александрова. Среди учащихся гимназии также немало известных имён будущих светил отечественной науки – воспитанниками её были А.Туполев, Н.Попов, В.Покровский, В.Потёмкин. И только с 1954 г. по сегодняшний день про-

События

Уважать прошлое и думать о будущем

Тверская государственная медицинская академия отмечает славный юбилей



Ректор ТГМА М.Калинкин



Профессор Г.Хомулло – легенда и гордость ТГМА

сторное трёхэтажное здание, архитектура которого выдержана в тонах позднего классицизма, принадлежит нашему вузу. Удивительно, как много могут хранить стены – весёлые крики гимназистов и шелест музейных документов; смиренность церковной молитвы и гармонию музыкальных гамм... А ещё – незабываемые голоса выдающихся учёных, внёсших неоценимый вклад в отечественную медицинскую науку.

– Это особенно интересно. Расскажите о тех учёных, которые долгие годы создавали историю вуза.

– Согласитесь, вы ставите передо мной невыполнимую задачу, ибо выдающихся имён более полувековой истории вуза великое множество. О каждом из этих людей можно говорить долго и много, рамок одной этой статьи попросту не хватит. А не назвать кого-то я не имею морального права. Поэтому, да простят меня все остальные, позволю себе рассказать лишь об одном замечательном учёном академии, чьё имя для нас всех является особенным. В этом году в самом преддверии юбилея вуза отмечает 90-летие действующий профессор ТГМА,

доктор медицинских наук, заслуженный работник высшей школы РФ Галина Васильевна Хомулло. Её блистательная трудовая деятельность с первых дней образования Калининского мединститута неразрывно связана с нашим вузом. Все 60 лет она работает на кафедре биологии нашей академии, почти 50 лет из которых являлась заведующей. И все эти годы Галина Васильевна серьёзно занимается наукой, создала крупную экспериментальную лабораторию, на базе которой выполнены десятки диссертаци-

онных работ не только сотрудниками вуза, но и многими практическими врачами. Она и её ученики курируют и контролируют работу лаборатории электронной микроскопии, являющуюся важнейшим звеном для фундаментальных академических исследований. Тот грандиозный вклад, который внесла профессор Хомулло в историческое развитие ТГМА трудно переоценить. Мы невероятно горды тем, что можем называть себя её учениками, бесконечно рады, что она в свои почтенные годы полна энергии и творческих планов, по-прежнему читает в стенах тверской alma mater свои незабываемые лекции новым поколениям будущих медиков и успешно продолжает научные эксперименты. Профессиональная и жизненная судьба этой удивительной женщины, великолепного учёного и талантливейшего педагога, на мой взгляд, достойна стать предметом творчества крупных писателей-биографов.

– Вот уже седьмой год вы возглавляете академию. Это, согласитесь, большой период сложной и интенсивной работы. Расскажите о тех позитивных и прогрессивных переменах, которых вам удалось достичь за эти годы.

– Главным достижением, на мой взгляд, стало то, что нам удалось сохранить высокий уровень бренда Тверской государственной медицинской

академии как современного, перспективного и активно развивающегося вуза современной России. Важным подтверждением этого стало историческое событие – внесение имени академии в «Золотую книгу Санкт-Петербурга», которая является органичным продолжением легендарной «Золотой книги Российской Империи». Такое высокое признание наших заслуг нашло отражение и в системе рейтинговых оценок эффективности работы академии в последние годы, где ТГМА уверенно занимает достой-

ные позиции. Кроме того, нам удалось заключить серьёзные международные договоры с ведущими учебными заведениями Европы, Индии, Израиля, США и других стран, следствием чего стала реализация крупномасштабных проектов в сфере науки, образования и практического здравоохранения. С особой гордостью отмечу, что за последние годы академия стала привлекательной площадкой для проведения международных и общероссийских научных форумов и съездов, куда стремятся крупнейшие учёные со всего мира. Огромная заслуга в этом принадлежит деятельности президента академии члена-корреспондента РАН Бориса Николаевича Давыдова, который сегодня курирует данное направление. Вообще с именем этого знаменитого учёного и врача связана целая

Достоверным подтверждением этих позитивных перемен можно считать существенно возросший индекс цитируемости тверских учёных, что сегодня является наиважнейшим критерием оценки эффективности научной деятельности. Эффективно работает и диссертационный совет, где проходят защиты по трём специальностям – «кардиология», «стоматология» и «хирургия».

Конечно же, большим достижением вуза мы считаем успехи современной студенческой молодёжи. Причём проявляются они не только в обучении и научной деятельности, но и в спорте, искусстве, литературе. Наши студенты-медики профессионально поют, танцуют, актёрствуют, издают авторские художественные книги, ставят рекорды в различных видах спортивных состязаний, зани-



Историческое здание академии

эпоха в истории ТГМА. Он 20 лет успешно руководил нашим вузом, до этого трудился в должностях проректора и декана стоматологического факультета, так что его колоссальный вклад в развитие нашей alma mater трудно переоценить. Сегодня Борис Николаевич исполняет почётные обязанности президента академии и руководит диссертационным советом.

Возвращаясь к сути вашего вопроса, скажу, что в основе

маются альпинизмом, интеллектуальными играми, живописью. Воспитанники культурного центра академии из года в год становятся победителями международных фестивалей и конкурсов. Мы гордимся тем, что VII фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников проходил на базе нашего вуза, а Тверь была громко названа в центральной прессе «культурной столицей медиков России». Такого титула

наша прославленная тверская земля ещё никогда не имела!

– Наверное, отдельно следует рассказать о международной деятельности, ибо в этом смысле академия в последнее время заметно преуспела, тем более что вуз награждён орденом Дружбы народов...

– Действительно, в последние годы наш вуз заметно расширил свои международные связи с ведущими учреждениями различных стран. Во-первых, следует упомянуть давнее научное и образовательное сотрудничество с Университетом земли Саар (Германия). Наши совместные научные проекты с дружественным Саабрюккенским университетом уже принесли реальные результаты и воплотились в совместных исследованиях тверских и хомбургских учёных по актуальным проблемам педиатрии, офтальмологии, патологической физиологии, абдоминальной хирургии. Как показало время, немецкий опыт и технические возможности германских партнёров прекрасно сочетаются с инновационными идеями, глубокими знаниями и высоким научным потенциалом тверских исследователей. В перспективных планах – защита совместных диссертаций, в основе которых большая часть экспериментальной составляющей уже выполняется на базе подразделений Университета земли Саар.

Кроме этого, совместно с израильскими коллегами на базе академии в 2003 г. была создана школа общественного здоровья, основная миссия которой – обучение, научно-исследовательская работа и практическая деятельность в сфере общественного здоровья и организации здравоохранения. Согласно подписанному соглашению, более 20 сотрудников академии прошли двухгодичное обучение и получили степень магистра общественного здоровья в университетах Израиля, Македонии и Европы, что позволило внедрить на практике приобретённые навыки у себя на родине, на базе ТГМА. Так, вот уже несколько лет мы проводим комплексное обучение медицинских работников, учителей школ и вузов, социологов, журналистов, психологов России в призме актуальных вопросов укрепления здоровья и профилактики социально значимых заболеваний, уделяем большое внимание вопросам экологии, эпидемиологии, демографии и статистики.

Интенсивно развиваются наши научные проекты совместно с учёными из крупнейших университетов США, Индии, Республики Шри-Ланка, Казахстана и др. Оригинальные публикации в рейтинговых международных изданиях за авторством одновременно российских и иностранных учёных постепенно становятся приятной традицией академии. Всё это позволяет значительно расширить горизонты научной деятельности тверских учёных, открывает новые возможности и перспективы сотрудничества по самым актуальным направлениям медицины.

Напомню также, что наша академия является одним из пионеров медицинского образования для иностранных граждан в нашей стране. Начиная с 1962 г. студенты, интерны, ординаторы, аспиранты, практикующие врачи из 56 стран мира проходят



Члены Совета молодых учёных



Выступает член-корреспондент РАН Б. Давыдов

базовое обучение в стенах Тверской ГМА. В настоящее время около четверти всех студентов академии составляют представители зарубежных стран.

– Интересно тогда узнать, что вам пока не удалось сделать из раннее намеченного?

– Поверьте мне, многое. Современные тенденции и темпы развития высшего профессионального образования диктуют нам жёсткие требования. И в первую очередь это касается модернизации по всем направлениям нашей работы. XXI век – время инноваций. В это понятие сегодня вкладываются разные смыслы. Я же интерпретирую суть инновации как кратчайший путь к решению масштабных проблем. Это очень сложная, долгосрочная задача, я бы сказал, сверхзадача для современной науки, образования и медицины в общем. Я вижу будущее академии именно в этих труднейших, кропотливых поисках, а главным – в их результатах. Ими мы пока не можем в полной мере похвастать, но

некоторые перспективные пути нами уже намечены.

Например, учёные академии активно занимаются нанотехнологиями в стоматологии, биохимии и хирургии, что, на мой взгляд, является важнейшим и перспективным направлением. Нашими химиками был создан аппаратно-программный комплекс «ИКАР», представляющий собой инновационный 9-зональный спектроанализатор, работающий в инфракрасном диапазоне. Уникальность его в том, что эта методика позволяет рассматривать любую жидкость как целостную структуру, параметры которой изменяются закономерно при различных заболеваниях. Это позволяет существенно расширить диагностические возможности в клинике и эксперименте. Кроме того, у нас есть определённые успехи в изучении клинической генетики. На базе организованной лаборатории наши учёные изучают генетические механизмы развития

атеросклероза, работают со структурой микро-РНК. Но до достижения истинного результата ещё предстоит многое сделать. А для этого нужны не только оригинальные идеи, но и серьёзные финансовые вливания в том числе.

– Существует ли у руководства ТГМА стратегическая, так сказать, центровая задача, осуществление которой обеспечит главную перспективную составляющую успешного будущего вуза?

– Доминантой в любом существующем деле всегда является экономика. Я прекрасно осознаю, что экономическая политика вуза – задача для нас первостепенная и наиважнейшая. Особенно сегодня, когда мировая экономика переживает один кризис за другим. Мы не случайно с вами говорили об инновациях. Поверьте, экономическая стратегия будущего процветания любого вуза обязательно должна опираться на инновационный фундамент. Вуз должен эффективно работать и

при этом зарабатывать. Но достичь этого эффекта, даже в самом благоприятном стечении обстоятельств, увя, – дело будущего. До этого момента необходимо пройти как минимум две стадии.

Во-первых, необходимо направить вектор экономического развития сначала на сохранение и укрепление сегодняшнего, довольно высокого уровня и статуса академии. Затем предстоит выстроить экономический приоритет на платформе эффективности различных сфер деятельности – интеллектуальной, кадровой, финансовой и т.д. И только потом мы сможем говорить об эффективном инновационном результате. Я не питаю иллюзий и прекрасно осознаю всю колоссальную сложность задуманного маршрута. Тем не менее если хоть по каким-то из выбранных сегодня направлений нам удастся в предстоящие 5 лет хотя бы приблизиться к завершающему третьему этапу, значит, я буду считать себя счастливым руководителем. Главная цель моей стратегии развития – сохранить и приумножить уровень привлекательности ТГМА во всех отношениях – социальных, научных, педагогических и внешнеэкономических.

– Правда ли, что Тверская медицинская академия является лидером телемедицинских технологий в Тверском регионе?

– Это особая тема. Телемедицина – яркий пример инновационного процесса, который уже удалось реализовать на практике. В его основе – принципиально новый методологический подход, который сочетает в себе не только обучение, но и научную деятельность и практическую лечебную работу. На базе ТГМА создан Центр непрерывного очно-дистанционного обучения, оснащённый по последнему слову техники. Внедрение этого проекта открывает перед практическими врачами и педагогами вуза реальные перспективы, существенно расширяющие горизонты человеческих возможностей. Наши идеи и предложения нашли широкий интерес в кругах руководства региона. Благодаря активной информатизации практического здравоохранения Тверской области в рамках Федеральной программы модернизации и внедрённым специалистами академии программам практический врач из отдалённого

районного центра получает уникальную возможность проконсультировать сложного пациента одновременно у опытных педагогов-клиницистов академии, профильных специалистов центральных НИИ России и докторов ведущих клиник зарубежья. Смысловым и техническим центром в этой работе является наш вуз. С особой гордостью могу сказать, что на базе ТГМА создан совместно с одной из ведущих стоматологических клиник Бостона (США) Российско-Американский центр дентальной имплантологии. Предшествовала этому дипломатическая командировка в США, где состоялись встречи с ведущими учёными знаменитого Гарвардского университета, работающими на базе данной клиники. В совершенствовании этих, поистине инновационных проектов я вижу огромные перспективы будущего развития медицины.

– Что, по-вашему, является основой в обучении нового поколения будущих врачей?

– Главная задача академии – обучение студентов, которое заключается в максимальной профессиональной подготовке и грамотном воспитании. Чтобы студент хорошо учился, его нужно заинтересовать. Поэтому академия старается максимально способствовать появлению этого интереса. На кафедрах внедрены все существующие формы обучающих технологий, работают научные кружки и секции, наши ребята успешно принимают участие в конкурсах, грантах, олимпиадах общероссийского и международного масштабов. Главный акцент в обучении мы делаем на практической подготовке будущих специалистов. С этой целью в стенах ТГМА создан Центр практических навыков, оснащённый богатой коллекцией фантомов и муляжей, позволяющих максимально точно отрабатывать основные навыки. Это является сегодня основополагающим аспектом современной образовательной деятельности, поэтому академия уделяет ему особое внимание. Уже с младших курсов вместе с квалифицированными преподавателями наши студенты активно работают с реальными пациентами на базе клиники, поликлиники и стоматологического центра ТГМА, совершенствуются в диагностических и лечебных манипуляциях, приобретают ценный опыт для будущей врачебной практики.

Что касается воспитания молодёжи, то считаю этот процесс сверхтонким и очень важным. Наша задача не назидать, а естественным образом воспитать в студентах максимальную степень духовности и культуры, показать своим собственным примером, каким должен быть врач. В этом отношении приходит на ум фраза писателя Анре Моруа, который считал, что любой культурный и воспитанный человек обязан прочесть в жизни четыре книги – «Фауст», «Братья Карамазовы», «Гамлет» и «Дон Кихот». Я бы добавил от себя ещё одну книгу – роман Валентина Распутина «Живи и помни»...

Наше издание благодарит Михаила Калинин за интересный разговор и от души поздравляет известного российского вуз – Тверскую государственную медицинскую академию – со славным юбилеем!

Тверь – город медицинский. И подавляющее большинство здешних врачей – воспитанники знаменитой кузницы кадров – Тверской государственной медицинской академии, которая на днях отмечает 60-летие.

Славному Верхневолжскому вузу поистине есть чем гордиться – громкими научными достижениями, международными связями с ведущими университетами мира, профессиональными клиницистами-выпускниками, прославляющими свою alma mater не только в России, но и далеко за её пределами. Но главной ценностью и гордостью академии всегда были и остаются преподаватели, внёсшие неоценимый вклад в историю медицинской науки, историю нашей страны и родного города Твери. Среди них есть особый человек – знаменитый учёный, великолепный учитель многих поколений известных врачей, очаровательная женщина – Галина Васильевна Хомулло. Доктор медицинских наук, заслуженный работник высшей школы РФ, академик ряда академий, почётный профессор ТГМА, эта легендарная тверичанка трудится в стенах родного вуза с первого дня его основания и является свидетелем и непосредственным участником многолетней истории. Галина Васильевна, которой исполнилось 90 лет, до сих пор, что называется, в строю – она полна сил, творческой энергии и планов, по-прежнему читает свои неповторимые лекции и продолжает фундаментальную научную деятельность на родной кафедре биологии, которой посвятила всю свою жизнь.

«Случайный» выбор

Связать свою судьбу с медицинской Г.Хомулло решила в какой-то степени случайно. Старательная школьница, дочь репрессированного казака, которого в зловещем 1937 г. среди многих других без объяснений и причин осудили и сослали в лагерь, подавала большие музыкальные надежды. Ей прочили карьеру пианистки и давали направление в столичную консерваторию. Отговорила мама, не решилась отпускать её в чужой город, испугавшись за безопасность – жить с клеймом «дочери врага народа» в те времена было непросто. По совету родственников Галина поступает в Алма-Атинский медицинский институт, где с первого курса серьёзно увлекается научной работой на кафедре биологии. А способствовал этому профессиональному выбору примечательный курьёзный случай.

– В первую студенческую осень нас послали работать в колхоз, – вспоминает Галина Васильевна. – К этому времени занятия ещё не начались, поэтому педагогов своих мы в лицо не знали. Однажды во время уборки свёклы к нам на поле подошёл мужчина в фуфайке, начал знакомиться со студентами, спросил, кто тут главный. Я была бригадиром «свекольного отряда», он попросил меня представиться. И тут я, сама не зная почему, как из пулемёта прочеканила: «Моя фамилия Семиполопамичеловековерсалафинтибиривириковская». Естественно, все студенты и незнакомец расхохотались. Спустя некоторое время я узнала, что это был заведующий кафедрой биологии, профессор Анатолий Войткевич. Неожиданно он пришёл на занятие в нашу группу и пожелал познакомиться со старостой. Мне пришлось встать, после чего Анатолий Анатольевич громко и ясно озвучил: «Батюшки! Это же сама...» И он в точности повторил мой колхозный псевдоним. Так началось наше знакомство, которое стремительно переросло в научную работу. С тех пор биология стала смыслом всей моей жизни.

Через тернии...

Путь в большую науку складывался у Галины Хомулло непросто, виной всему всё тот же «анамнез жизни» отца. Профессор А.Войткевич, разглядевший в старательной ученице огромный потенциал, с большим трудом, рискуя собственной репутацией, выбил ей заветное место в аспирантуре. Под его руководством она досрочно защитила кандидатскую диссертацию и работала ассистентом кафедры биологии. Примечательно, что среди первых её учеников в послевоенное время был и известный в Твери хирург, единственный в истории местной медицины народный врач СССР Василий Макарович Часовских...

Крупным планом

Наука жизни доктора Хомулло

Её называют Учителем многие поколения тверских врачей

Вскоре наступил этап послевоенной реэвакуации из Алма-Аты, ведущие педагоги и учёные стали массово уезжать из Казахстана. Профессор А.Войткевич решил оставить пост заведующего кафедрой и уехал в Воронеж, откуда впоследствии перебрался в Обнинск, где возглавил крупный отдел радиационной патоморфологии в здании Радиологического научного центра и стал членом-корреспондентом АМН.

Примечательно, что в числе огромного количества его учеников значится и последний президент Российской академии медицинских наук, директор Эндокринологического научного центра, президент Российской ассоциации эндокринологов, академик Иван Иванович Дедов, а официальным оппонентом его докторской диссертации выступила Галина Васильевна Хомулло...

Новые горизонты

В Министерстве здравоохранения СССР, куда за советом отправилась и Галина Васильевна, которую к тому времени пытались перевести на работу в Караганду, к молодому кандидату наук прониклись пониманием и порекомендовали ей и её супругу, учёному-химику Олегу Степановичу Попову, переехать в Калинин, куда в те годы переводился Ленинградский стоматологический вуз, получивший новый статус Калининского медицинского института. Здесь Г.Хомулло была принята на кафедру биологии в статусе доцента, а мужа пригласили на должность заместителя директора Тверского политехнического института.

– Я приехала в Калинин 30 августа 1954 г. Институт находился в стадии переезда: в коридорах повсюду стояли нераспакованные вещи, аудитории ещё не успели оборудовать всем необходимым, кабинеты спешно ремонтировались, – вспоминает Галина Васильевна. – Радушный приём руководства новоиспечённого института заставил меня успокоиться и придать оптимизма. Ректор вуза профессор-патологофизиолог Рафаил Иванович Гаврилов очень внимательно выслушал мою био-

графию, искренне посочувствовал пережитым нашей семьёй обстоятельствам и уверил, что в Калинин всё будет по-другому. Меня также очень приветливо встретил и первый заведующий кафедрой биологии КГМИ профессор Евграф Константинович Жуков, который сразу предложил мне свободу действий и научного поиска. Я продолжила начатое в Казахстане направление – изучение процессов заживления ран кожи и других аспектов регенерации тканей. Вскоре профессор Е.Жуков по семейным обстоятельствам вернулся в Ленинград, а его последователь профессор-зоолог Владимир Вагин не нашёл соприкосновения своих научных интересов с медициной и также уехал из Твери. Так в 1957 г. приказом руководства

стоматологами, офтальмологами, урологами и др. Эту же научную проблематику изучают и аспиранты сегодняшнего руководителя кафедры, преемницы нашего юбиляра, профессора Маргариты Борисовны Петровой.

«Ангел-хранитель» опальной науки

Но не только эта тема настоящей увлекла молодого исследователя и её учеников. 1948 г. стал переломным в истории отечественной генетики. Небезызвестный в медицинских кругах академик Трофим Денисович Лысенко объявил, что нужно запретить эту «лженауку», тогда как весь мир стремительно познавал секреты наследования генетической информации.

внимательно выслушал эмоциональные выступления осмелившихся на отчаянный шаг профессоров-биологов, которые искренне пытались отстоять логичное право на изучение генетики в советских медицинских вузах. В итоге академик заявил, что по-прежнему не разделяет «псевдореволюционные» взгляды «бунтарей», но под многочасовым натиском экспрессивных дискуссий всё-таки смягчился и озвучил-таки идею изучения ненавистных ему хромосом клеток, но исключительно в контексте живого вещества. В очередной раз, убедившись в безумности высказываний одиозного учёного, биологи всё же получили заветную возможность прикоснуться к запретному, и буквально подпольно принялись изучать



наследственный материал совершенно с других научных позиций, основываясь на имеющихся уже данных других стран. Этот исторический факт в биографии профессора Г.Хомулло закрепил за ней ещё одно почётное звание – «ангел-хранитель опальной науки».

Долгие Вам лета!

Вся сознательная жизнь Галины Васильевны Хомулло связана с непрерывным научным поиском. Она автор большого количества книг и статей в отечественной и зарубежной печати, под её руководством защитили кандидатские и докторские диссертации многочисленные ученики, ей принадлежат знаковые открытия в фундаментальной медицине, генетике и молекулярной биологии. Наука неотъемлемо «присутствовала» и дома – супруг, доктор химических наук, почётный профессор Тверского политехнического университета посвятил себя промышленной химии, а единственный сын выбрал свой уникальный путь – член-корреспондент РАН Владимир Попов руководит Центральным институтом биохимии им. А.Н.Баха и является известным специалистом в области генной инженерии и биотехнологий.

Поистине ничего случайно в жизни не происходит. Посвятить себя любимому делу, которое стало не просто работой, а настоящим призванием, безусловно, великое счастье. Оставить заметный след в науке, отстоять сквозь время и обстоятельства свои идеи, дать им полноценную жизнь, наверное, мечтает каждый истинный учёный. Нам остаётся лишь искренне порадоваться за Галину Васильевну Хомулло, которой удалось это с лихвой, пожелать ей крепкого здоровья, благополучия, оптимизма и непрерывного творческого полёта на долгие годы вперёд.

меня назначили заведующей кафедрой биологии, которой я бесценно руководила до 2005 г.

В 1968 г. Г.Хомулло успешно защитила докторскую диссертацию и вскоре стала профессором. Актуальное научное направление, касающееся проблематике регенерации тканей, с интересом поддержали сотрудники кафедры, защитившие впоследствии под руководством Галины Васильевны кандидатские и докторские диссертации. С тех самых пор и по сегодняшний день это научное направление является приоритетным. В рамках многолетней экспериментальной деятельности выполнено несколько десятков диссертаций, как учёными-теоретиками, так и практическими врачами самых различных специальностей – травматологами, хирургами,

Руководство СССР пошло на этот безумный шаг, откинувший отечественную науку на многие годы назад. Этот факт отчётливо осознавали и калининские медики, понимая, что изучение биологии без генетики попросту невозможно. Поэтому в 1963 г. ведущие отечественные исследователи, среди которых была и Галина Васильевна Хомулло, правдами-неправдами пробили очную встречу с Т.Д.Лысенко для обсуждения этой ситуации.

Он, будучи совсем пожилым и изнеможённым тяжёлой смертельной болезнью человеком,

Материалы подготовил Максим СТРАХОВ,
сердечно-сосудистый хирург,
член Союза российских писателей.
Фото автора и из архивов ТГМА.