



**ВРАЧИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**
региональная общественная
организация

**№ 9–10 (12–13)
ОКТАБРЬ–НОЯБРЬ
2014**



САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



Минздрав подготовил предложения по снижению «бумажной» нагрузки на врачей



Минздрав России подготовил предложения по снижению бремени заполнения врачами медицинских документов.

– Основная задача подготовленных Минздравом России предложений – позволить врачу уделять больше времени пациенту, а не заполнению рутинных документов: годами накопленных инструкций, предписаний, указаний, – отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

В настоящее время около 11% обращений в медорганизации взро-

слых и 30% детей имеют своей целью получение каких-либо медицинских документов: справок, выписок, форм.

– Сегодня врач ответственен за заполнение девяти документов. Наши предложения позволят оставить за врачом только три из них. Остальные формы будут или упразднены, или переданы для заполнения среднему медперсоналу, или медицинским регистраторам, или их выдача будет автоматизирована и станет возможной через интернет. По ряду документов срок действия

будет продлен с шести месяцев до года, – объяснила министр.

Как сообщили в Минздраве, изменения коснутся и медицинского освидетельствования водителей. Будет исключена необходимость прохождения двух из семи специалистов – хирурга и оториноларинголога и, при отсутствии медицинских показаний, – невролога, а также трех из четырех исследований – ЭКГ, ЭЭГ, экспериментально-психологического исследования.

www.medvestnik.ru

Аккредитацию врачей будут проводить медицинские вузы

Право на проведение аккредитации врачей, которая станет обязательной с 2016 года, решено передать медицинским вузам. Об этом сообщил председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Петр Глыбочко.

По его информации, данное решение было принято министром здравоохранения Вероникой Скворцовой после совещания с ректорским корпусом.

– Мы настаивали и продолжаем настаивать, что только вузы смогут эффективно справиться с этой задачей. В итоге министр согласилась с тем, что во избежание сбоев и социальных взрывов аккреди-

товать врачей будут все-таки вузы, – сообщил Петр Глыбочко.

Напомним, что данный шаг отменяет широко обсуждавшийся ранее вариант передачи права на проведение аккредитации врачей в руки профессиональных общественных организаций.

– Конечно, мы предполагаем, что процесс обсуждения концепции с профессиональными сообществами вряд ли пройдет гладко, ведь это вызывает дополнительные вопросы к независимости экспертизы и ее качеству, – заявил Петр Глыбочко.

Вместе с тем он указал, что представители ведущих профессиональных объединений смогут войти в Национальный наблюдательный совет по аккреди-

тации. Заявлено, что в его состав также войдут члены Национальной медицинской палаты.

– Мне очень импонирует, что аккредитация остается в руках государственных вузов и Министерства здравоохранения. Конечно же, профессиональные общественные организации должны участвовать в этом процессе. Однако проводить аккредитацию все-таки должны профессионалы, ведь осуществить весь объем работ, связанных с выдачей необходимых документов, общественным организациям было бы достаточно сложно, – заявила ректор Российской медицинской академии последипломного образования, академик Лариса Мошетьева.

Не последнюю роль в принятии министерством такого решения, как уточнил ректор Московского Первого меда, сыграла финансовая составляющая. Согласно озвученным им цифрам, для запуска Национальной системы аккредитации на базе акционерного общества или общественных организаций потребовалось бы не менее 12 млрд рублей. В то время как организация системы аккредитации на базе медицинских вузов обойдется в 2 млрд рублей.

www.medvestnik.ru

Ольга Казанская заявила, что сокращения коек и врачей в Петербурге не будет

В Петербурге не ожидается масштабного сокращения коечного фонда по примеру Москвы. Об этом на заседании комиссии ЗакСа по социальной политике и здравоохранению заявила вице-губернатор Петербурга Ольга Казанская.

– Москва – особый город, того количества учреждений, которым располагала столица, нет и не было ни в одном регионе страны. Число коек на сто тысяч жителей в Москве превосходит число коек в Петербурге едва ли не вдвое. Кроме того, Москва – город молодых, в отличие от Петербурга, в котором четверть населения – люди старше 60 лет. Поэтому и потребность в коечном фонде совсем другая. А значит, нет необходимости в аналогичном сокращении. Более того, очевидного избытка коечного фонда у нас не существует вовсе, – отметила Ольга Казанская. – Да, реорганизация нужна. Но я не знаю, что будет через три года – вдруг



изобретут таблетку, которая будет излечивать заболевание одновременно. И тогда никакие койки вообще будут не нужны.

Между тем, Ольга Казанская подтвердила, что в Петербурге сокращаются психиатрические и туберкулезные койки, а также койки офтальмологии. Это объясняется тем, что часть психиатрических и туберкулезных коек в городе остается невостребованной, а технологии изменили современную хи-

рургическую офтальмологию настолько, что во многих случаях пребывание в стационаре пациенту вообще не требуется.

В то же время глава комиссии ЗакСа по социальной политике и здравоохранению Елена Киселева отметила, что психиатрические койки в больницах остаются невостребованными, а в психоневрологических интернатах их катастрофически не хватает – это также говорит о необходимости реорганизации.

www.doctorpiter.ru

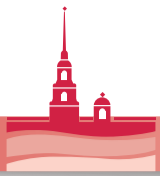


Уважаемые коллеги!

Со своими проблемами и предложениями вы можете обратиться к нам, отправив письмо по электронной почте: info@vrachi-spb.ru или прийти лично в наш офис. Наш адрес: Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, д.2, офис 202. Часы приема – с 14.00 до 17.00 еженедельно по вторникам. Также по указанному электронному адресу вы можете обратиться за консультацией юриста.

Вопросы, связанные с нашей газетой, вы можете задать по электронной почте: gazeta@vrachi-spb.ru. Мы будем рады предложенным темам и материалам.

Если вы хотите вступить в организацию «Врачи Санкт-Петербурга», достаточно заполнить бланк заявления, который есть у руководителей вашего медицинского учреждения. Кроме того, можно подать заявление прямо на сайте организации: www.vrachi-spb.ru, www.врачи-спб.рф или же написать заявление по установленной форме, которую тоже можно скачать с нашего сайта, и отправить его на электронный адрес: e-mail: info@vrachi-spb.ru.



ОЛЕГ РЕЗНИК: О 25–ЛЕТИИ ЦЕНТРА ОРГАННОГО ДОНОРСТВА И ПЕРСПЕКТИВАХ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В САНКТ–ПЕТЕРБУРГЕ

В этом году исполнилось 25 лет городскому Центру донорства. О работе Центра, состоянии петербургской трансплантологии и ее перспективах «Врачам Санкт-Петербурга» рассказал руководитель отдела трансплантологии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе доктор медицинских наук Олег Николаевич Резник.



– Олег Николаевич, расскажите о работе вашего Центра донорства?

– Наш Центр органного донорства – старейший в России, ему исполнилось в этом году 25 лет. Главные функции и задачи Центра органного донорства – профессиональное, юридически обеспеченное выполнение работы по получению органных трансплантатов от посмертных доноров, в соответствии с требованиями Законов РФ. Поскольку Центр является структурным подразделением НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, он инкорпорирован в городское здравоохранение. Центр работает в круглосуточном режиме, 7 дней в неделю; в его состав входили до последнего времени бригады хирургов, анестезиологов, анестезиологов, операционных сестер, перфузиологов, врачей-морфологов, диспетчеров, у него есть своя автомобильная служба. Центр работает в тесном сотрудничестве с Бюро судебной-медицинской экспертизы. Основными направлениями научной деятельности Центра являются обоснование организационных решений для обеспечения доступности и эффективности трансплантационной помощи населению Санкт-Петербурга, научный поиск в сфере донорства, трансплантационной координации и пересадки органов. У нас защищено 6 кандидатских и 1 докторская диссертация, все они посвящены проблемам донорства и пересадки почки. На основании научных рекомендаций нашего Центра принято несколько нормативных актов регионального и федерального уровней.

– Как я понимаю, Центр участвует в распределении донорских органов, как оно происходит?

– Одна из важнейших функций Центра органного донорства осуществляется с помощью Городской лаборатории иммуногенетики и серодиагностики, которая с 1989 по 2002 годы была составной частью Центра, а в настоящее время стала

отдельным структурным подразделением НИИ скорой помощи, со своим бюджетом, штатом, и, что особенно важно, круглосуточной службой иммунологов. Городская лаборатория иммуногенетики и серодиагностики является неотъемлемой частью донорской службы города, которая расположена в НИИ скорой помощи. В лаборатории хранятся образцы сыворотки крови всех потенциальных реципиентов органов всех диализных отделений города. Когда появляется донор, сначала производится скоординированная с действиями других участников процесса, проверка инфекционной безопасности донора, еще до выполнения эксплантации органов, а затем происходит типирование – определение главного комплекса гистосовместимости человека, по системе HLA-генов, т. е. происходит своеобразная генетическая паспортизация донора. Чем больше совпадений у донора и реципиента – тем лучше прогноз пересадки. Идеология подбора пар «донор–реципиент» при планирующейся пересадке в том, что орган должен подойти реципиенту, как будто бы как к родственнику, как «ключ к замку». Имунные настройки, – системы распознавания «свой–чужой» обмануть очень трудно. Правда, по жизненным показаниям, пересадка почки может выполняться и без совпадений. Это происходит тогда, когда у пациентов невозможно сформировать постоянный сосудистый доступ для проведения гемодиализа. В этих случаях применяется особая лекарственная тактика и особые принципы подбора, чтобы спасти жизнь пациенту.

– Где пациенты ожидают пересадки?

– Существует клиническое понятие, «лист ожидания пациентов», которым требуется пересадка органа, правила его создания и ведения определяются «Порядком оказания высокотехнологичной помощи методом пересадки органов». Каждое учреждение, лицензированное для выполнения пересадки органов, имеет свой лист ожидания, т. е. список пациентов, которые хотят оперироваться именно в этом учреждении. Сначала пациенты проходят специальную отборочную комиссию такого учреждения, подписывают информированное добровольное согласие и обследуются регулярно для того, чтобы врач учреждения в любой момент времени знал состояние здоровья пациента. То есть пока пересадка не выполнена, врачи учреждения, в котором она планируется, отвечают за жизнь и здоровье пациентов, которые верили им свою судьбу. Такой лист ожидания учреждения, т. е. список, вместе с образцами крови, раз в квартал передается в лабораторию иммуногенетики и Центр органного донорства – таким образом, учреждение осуществляет заявку на донорский орган. Если, при появлении донора, он подходит реципиенту такой-то больницы, то этот орган туда и будет направлен, по критериям лучшей совместимости.

– Каковы результаты пересадки?

– Благодаря тщательному подбору и селекции органов, применению в нашем Центре перфузионных органосберегающих технологий, в городе достигнуты результаты более высокие, чем в рекомендуемых параметрах зарубежных руководств. Так, 5-летняя выживаемость трансплантатов в НИИ скорой помощи и Первом медицинском Университете составляет 79%, а 10-летняя – 73%.

– Какова роль донорства органов в развитии трансплантации и почему трудно достичь прогресса в этой области?

– Мне кажется, мы недостаточно говорим о том, что донорство органов – основа основ трансплантации и часто оно становится предметом общих рассуждений. Проблемы донорства нельзя решать только административными методами, так как технология получения донорских органов непростая, – поддержание жизнеспособности органов в умершем человеке до эксплантации (изъятия) – сложнейшая задача для целого коллектива реанимации. Общепринятый стандарт трансплантологии – это доноры, у которых констатирована смерть мозга (чаще всего из-за ЧМТ) в условиях реанимации. Смерть мозга характеризуется прекращением кровообращения во всем головном мозге и определяется по клиническим признакам, характеризующим такое повреждение. При этом сердце за счет природного автоматизма может некоторое время работать при искусственной вентиляции легких. При установленной смерти мозга человек признается умершим согласно действующему законодательству, и при таком состоянии возможно получение донорских органов, так как в них сохраняется кровообращение. Фактически после наступления смерти мозга организм умершего человека – это уже не целостная система, а разбалансированный органокомплекс. И чтобы в этом состоянии органы оставались пригодными для пересадки, требуется введение определенных препаратов, подключение аппаратов, поддерживающих работу сердечно-сосудистой системы и функции внешнего дыхания (ИВЛ). Сам характер такой деятельности всегда вызывает общественный интерес, и нужно, чтобы работы по донорству были централизованы. Требованию сегодняшнего дня соответствует такое положение дел, когда такие работы могли бы осуществляться стационаром совместно с Центром донорства НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

– В последние годы произошло снижение числа доноров, почему? И есть ли перспективы у нашей трансплантации?

– По мере развития программ оказания нейро- и неврологической помощи, число доноров будет неуклонно снижаться, что потребует новых форм организации донорства органов. Мне кажется, что состояние

дел с трансплантацией в Санкт-Петербурге является своеобразной «лакмусовой бумажкой», которая показывает, как будет развиваться донорство в Российской Федерации далее и повсеместно. Благодаря эффективной системе организации нейрохирургической помощи в Санкт-Петербурге, число погибших от черепно-мозговой травмы за последние 5 лет снизилось в 8 раз, соответственно, радикально сократилось и число доноров. Существует мнение, что больные неврологического профиля с отягощенным прогнозом для жизни не переходят в категорию посмертных доноров, а погибают до развития у них состояния смерти мозга, поэтому мало доноров. Однако не все так однозначно. Частота распространения состояния смерти мозга среди пациентов с необратимым повреждением головного мозга составляет, по данным мировой литературы, не более 8–15%. Да, действительно, господствующей концепцией в донорстве органов является сегодня концепция «смерти мозга». Однако концепция смерти мозга не является господствующей в повседневной практике анестезиолога-реаниматолога. И не потому, что врачи не хотят ставить такой диагноз. Смерть мозга – это необратимое повреждение головного мозга, наступающее вследствие травм и заболеваний головного мозга, несовместимых с жизнью. Но это состояние – смерть мозга, является искусственным, ятрогенным состоянием. То есть для того, чтобы такой диагноз поставить, необходимо смоделировать ряд реанимационных условий в течение нескольких часов, – поддержать адекватный диурез, центральное венозное давление, ионный и температурный балансы. Чаще прогрессирование инкурабельного состояния пациента наступает без развития клинической картины смерти мозга и заканчивается остановкой сердца. Критерии смерти мозга разработаны Медицинской школой Гарвардского Университета в 1968 г. Работа с такими донорами является крайне трудной в силу частого неприятия концепции смерти мозга, как медицинским сообществом, отдельными врачами, так и населением в целом. Любые же попытки увеличить число случаев диагностики смерти мозга с помощью административно-командных методов могут привести к случаям «гипердиагностики» такого состояния, что приведет к трагическим ошибкам, со всеми вытекающими этическими и уголовно-процессуальными последствиями. Кроме того, при получении согласия у родственников на эксплантацию, последним трудно поверить в то, что их близкий умер, несмотря на то, что сердце его бьется и легкие работают. Процедура получения согласия сводится в возникновении уверенности у родственников умершего, что лечебному процессу не было дано «донорское» направление, что врачи были честны в исполнении своего долга. Все эти факторы в совокупности влияют на

невысокий уровень выявления доноров со смертью мозга в городе и стране. Мне кажется, что этот донорский ресурс имеет свои пределы, – и это серьезный вызов существованию самой трансплантологии, который требует основательного, комплексного, междисциплинарного изучения.

– Какие же альтернативы можно предложить?

– Советским ученым С.С. Брюхоненко еще в 1924 г. доказана возможность восстановления жизнеспособности как организма, так и отдельных органов человека, включая сердце, спустя значительное время после остановки кровообращения. Главным направлением научного поиска С.С. Брюхоненко было определение границ жизни и смерти, и способа их преодоления с помощью технических средств. И вот что интересно в этой связи. В настоящее время доноры органов с неработающим сердцем (пациенты с внезапной необратимой остановкой кровообращения) практически не используются в связи с тем, что органы быстро приходят в негодность без кровообращения. Вместе с тем, получение органов от таких доноров рассматривается как большая часть медицинского сообщества и населения, как этически более приемлемое, поскольку речь ведется о человеке, безусловно умершем, при этом исключается конфликт интересов между реаниматологами и хирургами. Парадокс между возможностью сохранения донорских органов после наступления смерти и тем временем, которое должно уйти на получение согласия и разрешения от родственников и контролирующих органов может быть решен с помощью портативных устройств для экстренного восстановления кровообращения. После войны в Афганистане и Ираке западные военные медслужбы стали применять подобные устройства для поддержки кровообращения у тяжелораненых при транспортировке. Без использования таких средств раненные погибали бы на поле боя. На повестке дня стоит вопрос о создании отечественной аппаратуры для экстренного восстановления кровообращения, которая, наряду с дефибриллятором и кардиомассажером, должна занять свое рабочее место в специализированных бригадах скорой помощи и отделениях стационаров и госпиталей. Если же все попытки восстановления сердечной деятельности окажутся в таких случаях безуспешными, то органы умершего сохраняются для пересадки при повторном подключении портативной перфузионной аппаратуры. Центр донорства НИИ скорой помощи много лет ведет разработки в области органосберегающих технологий в сотрудничестве с ЦНИИ робототехники и технической кибернетики. 16 октября 2014 г. Центр органного донорства на площадке Сколково представил результаты этих научных разработок. Глава правительства Д.А. Медведев обратил внимание на портативное перфу-



Глава правительства Д.А. Медведев и О.Н. Резник в Сколково

зионное устройство для экстренного восстановления кровообращения и согласился с тем, что если оснастить такими портативными устройствами машины скорой помощи и реанимационные отделения клиник, то можно будет спасти тысячи жизней, и в определенной степени будет решен вопрос с доступностью трансплантационной помощи населению.

– Как много зависит от мнения общественности?

– Если сегодня число случаев донорства единичны – модель презумпции согласия, при которой органы можно получать от умершего человека по умолчанию, если нет сведений о его противоположной позиции, – такая модель, наверное, может быть приемлемой. Но в целом факты эксплантации нельзя делать содержанием «заговора молчания» узкого круга специалистов, действующих пусть даже и в целях спасения жизни других людей, – это будет налагать серьезные этические ограничения на развитие такого вида помощи. Консенсус в обществе по отношению к трансплантации возможен при понимании того, что если мы сегодня здоровы завтра, таким образом, если мы сегодня согласны на посмертное донорство органов, значит завтра, в случае болезни, донорский орган будет доступен и нам.

– Что Вы можете сказать о новом законе?

– Законы должны соответствовать исторически сложившимся реалиям и общественным укладам. Сегодня в планируемом к рассмотрению в Государственной Думе проекте Закона о трансплантации прописаны чрезвычайно сложные механизмы ступенчатой идентификации посмертного донора, скопированные из инструкций Евросоюза, громоздкий механизм волеизъявления гражданина о своем посмертном донорстве при жизни, не вполне понятный алгоритм получения согласия или отказа родственников от эксплантации. Но, как мы видим, принадлежность положений законов к европейским институтам и системам ценностей не всегда соответствует нашим традиционным представлениям о норме. В Белоруссии принят Закон о трансплантации, который ясен и

понятен каждой своей буквой каждому его исполнителю и гражданину, и в результате – высокий, завидный уровень донорства. Важно принять такой закон, который бы не ограничивал доступность трансплантаций нуждающимся. На сегодня у нас нет закона, который бы рассматривал донорство как обязательную процедуру для стационаров. Пока нет национальной системы донорства, мы на региональном уровне пытались решить проблемы с донорством.

– А какие инициативы были приняты на городском уровне?

– Дальнейшему росту уровня донорства препятствует ряд объективных причин, о которых я сказал выше. Проблема может быть решена до некоторой степени за счет создания и совершенствования эффективного института трансплантационной координации. Первый опыт трансплантационной координации в нашей стране принадлежит Санкт-Петербургу. Учитывая законодательный пробел в определении порядка координации, – пока статус трансплантационного координатора никак не закреплен в законодательстве, – полноценное создание такого института возможно только за счет суммирования организационных усилий стационаров, поддерживаемых Комитетом по здравоохранению, и практики работы Центра органного донорства НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе.

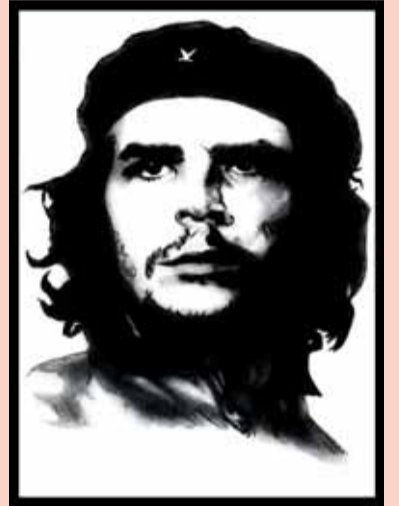
На протяжении 2009–2011 гг. Центр органного донорства провел комплексное изучение причин дефицита доноров органов и определил основные пути его преодоления. Комитет по здравоохранению на основании научных рекомендаций Центра предпринял успешные действия по профессионализации деятельности врачей стационаров, занятых в донорстве. Так, теперь работает информационная система ежедневного учета умерших, представляющая собой журнал в электронном виде и предназначенная для совершенствования деятельности учреждений здравоохранения по организации органного донорства. Впервые в отечественной практике, благодаря личному контролю руководства города и Комитета по здравоохранению, был принят МЭС

«Реанимационное пособие с проведением дифференциальной диагностики критических состояний головного мозга», который определяет финансирование процедуры констатации смерти головного мозга в реанимационных отделениях. В результате наблюдался рост донорства: за 8 месяцев 2014 года состоялось 18 случаев донорства, что больше, чем за весь 2013 г. Однако при подготовке последующего распоряжения КЗ 672-р от 11.08.2014 «О совершенствовании организации органного донорства в Санкт-Петербурге» рекомендации об изменениях в проект этого распоряжения СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе не полностью учтены требования Федерального приказа № 567-н от 31.10.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю хирургия (трансплантация органов и/или тканей человека)». Сейчас весь объем работы по донорству делегирован персоналу городских стационаров в лице назначенных координаторов под руководством главного внештатного специалиста Комитета по здравоохранению по трансплантации. В результате, с момента принятия распоряжения КЗ 672-р, – с 11 августа по декабрь 2014 г. – было всего 5 доноров, то есть меньше, чем следовало бы ожидать, основываясь на результатах работы в первые месяцы 2014 г. Без научного сопровождения трансплантационные и донорские программы часто оказываются малоэффективными. Нельзя устанавливать плановых заданий в донорстве и готовить нормативные акты без учета мнения профессионалов, работающих в городских стационарах. Представляется, что нельзя решать проблемы одной врачебной специальности за счет другой, проблемы одной категории пациентов за счет другой. Необходимо признать, что проблема донорства и диагностики смерти мозга не трансплантационная, а касается всего здравоохранения в целом, в том числе и на федеральном уровне. Необходимо при выработке решений о донорстве основываться на рекомендациях главного специалиста КЗ по анестезиологии и реаниматологии и главного специалиста КЗ по неврологии. Необходимо помнить, что дело трансплантологов – это получение органов от посмертных доноров и последующая их пересадка, то есть выполнение технической задачи. А собственно предоставление посмертных доноров, – диагностика смерти мозга, ведение донора в состоянии смерти мозга, беседы с родственниками умершего пациента и получение их согласия на эксплантацию, – это все задача стационара. Подчинение анестезиологов-реаниматологов, занятых в донорстве, только главному специалисту по трансплантации выглядит не вполне логичным. Ведь в случае судебных разбирательств и жалоб вся ответственность ложится на врачей отделений реанимации, констатировавших смерть пациента, а не на трансплантологов. Ограничение обязанностей и полномочий Центра органного донорства, в течение 25 лет «стоявшего на страже» законности и прозрачности столь деликатного вида деятельности, как донорство органов от умерших, может привести к разбалансировке сложившейся системы донорства в Санкт-Петербурге.

В заключение интервью я хочу сказать, что уверен в том, что все недочеты, связанные с организацией донорства в Санкт-Петербурге, можно преодолеть путем внесения своевременных изменений в нормативные акты городского уровня. Мне хотелось бы поблагодарить вице-губернатора Ольгу Александровну Казанскую и Председателя Комитета по здравоохранению Валерия Михайловича Колабутина, реаниматологов города за чуткое и внимательное отношение к проблемам донорства, за их мужество в принятии непростых решений.

НЕ ТОЛЬКО ВРАЧИ: «СВЯТОЙ» ЧЕ

Имена Антона Чехова, Михаила Булгакова, Григория Горина, Светланы Сургановой и многих других деятелей культуры и искусства знают во всей России, а некоторых и во всем мире. Талантливые писатели, драматурги, музыканты. А какими они были врачами и каков был их путь в медицине? На этот раз в рубрике «Не только врачи» мы вспоминаем доктора Эрнесто Че Гевару.



Имя команданте Эрнесто Че Гевара мало кто связывает с профессией врача, а зря. С юности революционер хотел посвятить свою жизнь медицине и помощи беднейшим слоям населения. Совершенное вместе с лучшим другом Альберто Гранадо в 1952 году путешествие по Латинской Америке еще больше укрепило его в этих намерениях. Будучи аллергологом, но придерживаясь мнения, что бедняки никогда и не слышали об аллергии, Эрнесто предпочел специализироваться на хирургии и лечении проказы. В 1952 году, за год до окончания медицинского факультета в Буэнос-Айресе Че начал свою врачебную деятельность, абсолютно бесплатно, иногда за еду, помогая больным южноамериканцам. После этого непростого вояжа, Че успел поработать в лепрозории, оказать помощь не одному десятку семей, чьи имена не сохранили даже его путевые заметки более известные, как «Дневники мотоциклиста».

Спустя год после окончания медицинского факультета Национального университета в Буэнос-Айресе Эрнесто Гевара устроился на работу в главную больницу Мексики в отделение аллергологии и уже в сентябре 1955 года на конгрессе в Веракрусе представил свою работу по аллергии.

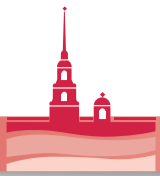
Осенью этого же года Гевара знакомится с Фиделем Кастро и 25 ноября отбывает вместе с его отрядом повстанцев на Кубу в звании лейтенанта и начальника медицинского обеспечения отряда. С этого дня врачебная карьера команданте уступает место революционной работе.

Вклад в медицину Эрнесто Гевары был бы менее значительным, если бы не его друг Альберто Гранадо, который и сам по себе фигура незаурядная. Друг детства Эрнесто Гевары, исколесивший вместе с ним на мотоцикле 23 страны Латинской Америки, биохимик, врач, писатель и ученый добился за свою долгую жизнь признания во всех этих областях. Прибыв по приглашению Эрнесто Гевары на Кубу, он занял должность профессора биохимии в Школе медицины Университета Гранады, впоследствии он основал на Кубе Институт фундаментальных и доклинических наук, а уже в 1962 году стал организатором медицинского факультета в Университете Сантьяго. Гранадо и Че стали первыми из тех, кто положил начало появлению высококвалифицированных врачей на Кубе.

Со смертью Че Гевары в 1967 году Альберто Гранадо не покинул Кубу, продолжал работать. Во второй половине 70-х – первой половине 80-х годов прошлого века он получил докторскую степень биологических наук и принял участие во Всемирном Конгрессе по генетике, который проходил в Москве. В период с 1986 по 1990 год он принимал участие в создании Кубинского общества генетики и в конце концов был назначен его президентом.

Эрнесто Гевара остается одной из самых популярных фигур 20-го столетия. Будучи одаренным в спорте, медицине, он обладал еще одним редким талантом – умением целиком отдаться делу, в которое верил. Он готов был бороться с болезнями, голодом, несправедливостью. Его таланту врача не суждено было раскрыться полностью: ему достался автомат. И спустя 47 лет после кончины его помнят. Со временем более стали заметны глазу те детали его жизни, которые были скрыты за растиражированным трафаретом великого революционера, ставшего символом веры и свободы не одного поколения молодежи – Эрнесто Че Гевары.

9 октября 1967 года команданте был расстрелян в здании школы в боливийском местечке Ла Игера. Крестьяне, в большинстве своем отказавшие Че и его отряду в поддержке, после казни объявили его святым Эрнесто и до сегодняшнего дня просят его избавить их от страданий, обращаясь к нему в трудную минуту.



ВРАЧИ САНКТ ПЕТЕРБУРГА – ВРАЧАМ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА



III курс, 315 группа. Рая Арестова, Тоня Петрова, Зоя Штапова, Володя Непомнящий. Фотография сделана 16 мая 1941 года

Мы продолжаем рассказывать о жизни врачей блокадного Ленинграда. В этом выпуске мы публикуем воспоминания выпускницы 1-го Ленинградского медицинского института Зои Ильиничны Штаповой.

«1938 год, 1 сентября. Исполнилась моя мечта, я стала студенткой 1 ЛМИ им. академика И.П. Павлова. В этот год принимали преимущественно юношей, так как в планах было открыть Военно-морскую медицинскую академию на базе 3-го Медицинского института. На первом курсе нас было 1200 студентов, летом 1940 года десять групп были переведены в Педиатрический институт, часть юношей ушла в Военно-морскую медицинскую академию, а к нам пришли студенты 3-го Медицинского института. К третьему курсу (1940–1941 гг.) нас осталось 800 человек.

Я до сих пор вспоминаю лекции М.Д. Тушинского, М.И. Хвиливицкой, А.М. Заблудовского, В.Г. Гаршина, М.Г. Привеса, М.И. Пальцевской и других. Они научили нас логическому врачебному мышлению, раскрыли тайны клинического диагноза. Когда я сдавала выпускной государственный экзамен по терапии, экзаменаторы спросили, откуда у меня такое логическое мышление – и я с гордостью ответила, что научили меня профессора нашего института.

Мы остались за старших

1941 год, июнь. Я окончила третий курс, оставалось лишь сдать последний экзамен – он был назначен на 23 июня, но накануне началась одна из самых жестоких за всю историю войн. Окончившие пятый курс ушли на фронт, в воинские части и госпитали, четвертый курс был выпущен зауряд-врачами. Мы остались за старших.

В эти дни каждый пытался найти себе применение – уходили в партизанские отряды, срочно устраивались работать медицинскими сестрами, фельдшерами в госпитали, больницы, на станции скорой медицинской помощи. В июле организовали дружину для оказания медицинской помощи пострадавшим при бомбежках, обучали население самопомощи и взаимопомощи. Каждые три дня дежурили по 12 часов на случай бомбежки института, тренировались в выносе пострадавших.

С 1 августа начали заниматься по 8–10 часов в день. Младшие курсы (второй и третий) отправились на оборонные работы. Мы слушали лекции, вечерами дежурили, занимались общественной работой, все студенческие организации курировал именно наш курс.

Первое «врачебное крещение»

Первая встреча с настоящей трагедией произошла после бомбежки железнодорожной станции Ольгино. Фашисты намеренно выбирали время налетов – когда люди ехали на работу

или с работы домой, когда было скопление людей на станциях. По такому же принципу обстреливались в городе и трамвайные остановки. Бомбежка на станции Ольгино была утром, и к нам в клинику сразу стали поступать раненые – это и было наше боевое крещение.

Невозможно забыть крики и стоны окровавленных людей с оторванными или перебитыми конечностями, открытыми ранами живота и грудной клетки. Ужасная эта картина и по сей день стоит у меня перед глазами.

С того момента были введены ночные дежурства: днем по десять часов мы слушали лекции, занимались в клинике, а через два дня на третий – дежурство. Мы были резервом института для оказания медицинской помощи пострадавшим, выноса больных и работ на территории института в случаях завалов при бомбежках. Нам выдавали круглосуточные пропуска для ходьбы по городу.

Блокада

8 сентября началась блокада. Для людей и всего живого это были невиданные страдания.

Утром 26 сентября 1941 года в пятнадцати метрах от поликлиники упала бомба. Я в это время была на территории института – почувствовала, как дрогнула земля под моими ногами.

Только чудом бомба не взорвалась, чудом остались живы 117 новорожденных акушерско-гинекологической клиники и 800 больных и раненых – всех эвакуировали.

Вера Инбер в поэме «Пулковский меридиан» – настоящем памятнике ленинградской блокады – писала:

*В пролет меж двух больничных корпусов,
В листву, в деревья золотого тона,
В осенний лепет птичьих голосов
Упала утром бомба, весом в тонну.
Упала, не взорвавшись: был металл
Добрей того, кто смерть сюда метал.*

Бомбежки и обстрелы продолжались. Наступили холода, ночевали в холодном зале Ленина, освещение – одна лампочка; часто во время бомбежек спускались в полуподвальное помещение и, сидя, дремали, ждали конца налета, а с утра – занятия в клиниках.

Перестали ходить трамваи, не было света, тепла, воды. Кто мог, продолжал посещать институт. Я каждый день преодолевала 13 остановок – на учебу и обратно, домой. Занимались в холодных комнатах, в пальто и валенках. Были частые тревоги, а мы все равно выходили на свои посты, гасили «зажигалки» и готовились к сессии. С 15 декабря те, кто еще мог ходить, начали сдавать экзамены. Блокада, голод, холод, темнота, отсутствие воды, замерзшая канализация, смерти на улицах и в квартирах, за фанерой забитыми окнами.



1977 год. 35 лет окончания 1 ЛМИ. Как приятно, что с нами спустя 35 лет профессор М.Г. Привес

Сдали экзамены, стали студентами пятого курса.

«Доктор, постарайтесь выжить и рассказать о наших страданиях, мы обязательно победим»

Медики, у которых еще были силы, работали участковыми врачами – в городе очень мало осталось врачей; работали в поликлиниках, госпиталях, больницах, принимали по 60–100 человек, а вызов – до 25. В кабинетах было очень холодно, принимали тепло одетыми и обутыми.

Я работала в 1-й поликлинике при больнице Ленина Василеостровского района. Какими удивительно верящими в победу были ленинградцы! На квартирных вызовах ни разу не слышала я «Спасите, доктор!»; говорили «Доктор, постарайтесь выжить и рассказать о наших страданиях, мы обязательно победим».

Самыми тяжелыми были 30–31 января и 1–2 февраля 1942 года: в эти дни не всем досталось по 25 граммов ржаной муки, умирало по 30–35 тысяч человек в сутки.

Выпуск 1942 года

В конце февраля студентов, тех, кто еще был жив, стали собирать для продолжения учебы.

Нас осталось 227 человек. Многие наши однокурсники эвакуировались, многие были в армии и в партизанских отрядах, работали на «Дороге жизни» – с началом занятий они вернулись на учебу. Многие умерли. Из нашей группы Володя Непомнящий работал на станции скорой медицинской помощи – он умер прямо на работе. Многие погибли на фронтах, многих не стало в блокаду.

В апреле пошли трамваи – стало легче добираться до института. Но не каждый мог одолеть ступеньки вагона, тогда другие пассажиры подсаживали ослабленных голодом и по-доброму приговаривали: «Ну, дистрофик». Это слово – «дистрофик» – истинными дистрофиками воспринималось как оскорбление, оно было самым ругательным в Ленинграде, блокадном городе, где и в апреле, и позже еще умирали люди от голода.

Мы слушали лекции М.В. Черноуцко, З.В. Оглоблиной, В.Ф. Ундрица, подробно и внимательно вели записи лекций, чтобы потом передать тем, кто по состоянию здоровья посещать их не мог. По-матерински опекала нас наш декан М.И. Пальцевская, мы все чувствовали ее сердечную теплоту и заботу.

Октябрь 1942 года. Сдали последнюю сессию пятого курса и госэкзамены. Профессора-экзаменаторы говорили, что так строго не спрашивали даже в мирное время, а сейчас в блокадном, голодном городе – и спрос строгий, и ответы отличные. Мы, выпускники, имели

уже и самостоятельный врачебный опыт. 40 человек из 227 получили дипломы с отличием.

2 ноября 1942 года, подвал (бомбоубежище) Петроградского райкома партии. Как много теплых и напутственных слов мы услышали – помним их до сих пор. Был и ужин: на каждого дали 30 граммов водки, один бутерброд с колбасой (30 граммов хлеба и 20 граммов колбасы), один бутерброд с сыром (30 граммов хлеба, 20 граммов сыра), 20 граммов селедки, 100 граммов винегрета, три конфетки (карамель-подушечка), чай – сколько хочешь, и разговоры до утра; выступали даже два артиста с хорошими задушевными песнями. Кто не пил водку, менял на подушечки-конфетки – две за 30 граммов. Это был наш выпускной вечер.

А затем началась работа...

А затем началась работа: кто-то ушел на фронт, кто-то – в военные части в блокадном городе, кто-то – в поликлиники и больницы. Из моей группы (я была старостой) ушла на фронт Александра Петушкова (Мороз) – моя подруга еще со школы; в блокаду, в период экзаменов за пятый курс и выпускных государственных мы помогли друг другу, готовились вместе. Ушли в армию Н. Барсукова, С. Шнайман, И. Эпштейн и многие, многие другие. Миша Боргов гордился, что он – главный врач Липецкой больницы.

Я была направлена в в/ч по ремонту тяжелой военной техники (ремонтная база), стояла она на территории Пролетарского завода. Но настолько тяжело было воспоминания о потере родных, обо всем виданном и пережитом, что я обратилась в Леноблздравотдел с просьбой направить меня временно на работу в область. Мне казалось, нервное напряжение пройдет, и месяца через два-три я смогу вернуться, но не смогла, хотя многие родные и друзья настаивали на моем возвращении.

В начале 1948 года меня попросили поехать в Пикалево. В это время там восстанавливался цементный завод, начиналось строительство шиферного и глиноземного заводов. Нужно было открывать амбулаторию.

Каждый раз – и сейчас, и раньше – когда бывала в Ленинграде – Санкт-Петербурге, возникали в голове ужасные картины блокадной жизни. На встрече в честь 25-летия окончания курса я спрашивала переживших то же, что и я, хотя ли они вернуться в город.

Десятерым я задала вопрос, и все мне ответили – нет, так как перед глазами – блокада. С тех пор я перестала думать о возвращении. Но всякий раз, приезжая сюда, я обязательно бывала в театрах и музеях, по возможности встречалась с одноклассниками и бывшими студентами-врачами. Сейчас уже все ушли, я осталась одна.

Приятно, что наш курс, если бы пришлось опять выбирать, снова выбрал бы 1 ЛМИ. Удивительно теплыми были наши встречи спустя 25, 30, 35 и 40 лет после окончания института.

Жаль, что я, поступив в 1960 году в аспирантуру с конкурсом в 38 человек, не смогла окончить ее по семейным обстоятельствам. Счастлива, что сбылась моя мечта стать врачом, что я посвятила свою жизнь такой трудной и нужной людям профессии. Я ушла с работы главного врача в 60 лет, врача функциональной диагностики – в 75 лет. Сейчас мне 93 года. Все еще болею душой за здравоохранение.

Зоя Ильинична Штапова, почетный гражданин города Пикалево, награждена «Знаком Отличника Ленинградской области» за вклад в развитие Ленинградской области, Заслуженный врач РСФСР, ветеран Великой Отечественной войны (по материалам газеты СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова «Пульс» №1 (2512))