

МЕДИЦИНА

Забайкалья

◆ ОРДИНАТОРСКАЯ

ТЫСЯЧА И ОДНА
ОПЕРАЦИЯ
ВИКТОРА
ТУРАНОВА

◆ ЮБИЛЕЙ

СРЕДОТОЧИЕ
БОЛИ
И НАДЕЖДЫ

◆ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ: ЛИЦА И СУДЬБЫ

ХИРУРГИЯ
В ЗАБАЙКАЛЬЕ.
«ПЕТРОВСКАЯ
ШКОЛА»

Юрий
КОКОТОВ

Работа – это дар судьбы



Уважаемые читатели, дорогие коллеги!

«Медицина Забайкалья» — это журнал для медицинских специалистов - людей, умеющих брать на себя ответственность в сложных ситуациях, привыкших рассчитывать на свои знания и профессионализм. В этот раз, учитывая мнение наших коллег, выбор темы номера пал на одно из наиболее важных направлений медицины – хирургию. Надеемся, что представленные вашему вниманию материалы будут интересны широкому кругу специалистов в области здравоохранения, а особенно - хирургам.

Масштабные задачи, которые ставит сегодня перед нами стремительное развитие медицинских технологий, заставляют нас не только по-новому взглянуть на собственную профессию, но и помогают идти в ногу со временем, быть в центре достижений медицины. Об инновациях в региональной хирургии, новых направлениях организации хирургической помощи, на страницах журнала рассказывают ваши коллеги – врачи-хирурги, руководители медицинских учреждений, специалисты краевого Министерства здравоохранения.

Ничто на свете не требует столько веры, целеустремленности, воли, нравственных качеств, физических и умственных усилий, как величайшее чудо спасения и исцеления больного. Об этом - строки и фото, посвященные Краевому онкологическому диспансеру: его специалистам, его сегодняшним возможностям и планам на завтра, и, конечно, предстоящей знаменательной дате - 70-летию юбилею.

Без прошлого нет будущего, и в каждом номере журнала мы отдаем дань уважения и памяти тем, кто стоял у истоков профессии, кто сегодня учит молодых специалистов, передавая им свои бесценные знания и опыт. В зарисовках номера - о наших коллегах-хирургах – выдающихся мастерах своего дела: Юрии Кокотове, Анатолии Рябченко, Викторе Туранове, Олеге Соловьеве, в очерке, посвященном «петровской» школе хирургии.

Надеюсь, что вы не только найдете на страницах «Медицины Забайкалья» полезную и интересную информацию, но и примете активное участие в формировании следующих выпусков - вместе мы можем сделать журнал ещё интереснее. Нам очень важно ваше мнение, потому что это издание - для вас.

Благодарю всех читателей, авторов и героев материалов за сотрудничество, желаю всем творческого вдохновения, а журналу — дальнейших успехов в освещении событий и рабочих будней региональной медицины. Особая благодарность - коллегам-хирургам за их благородный труд. Профессиональных вам успехов и благополучия, счастья и здоровья вам и вашим близким. Спасибо, что вы с нами!

Сергей Давыдов,
министр здравоохранения
Забайкальского края,
заслуженный врач РФ, д. м. н.

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА РУКОВОДИТЕЛЯ	1
НЕПРОСТАЯ ТЕМА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ <i>Забайкальская хирургия – новые горизонты</i>	2
ПЕРСОНА НОМЕРА. ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ Юрий Кокотов: <i>«Работа – это дар судьбы»</i>	6
ЮБИЛЕЙ <i>Средоточие боли и надежды</i>	10
АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС Иван Шовдра: <i>с точки зрения хирурга</i>	16
АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ Анатолий Рябченко: <i>«Простых операций не бывает...»</i>	17
ИННОВАЦИИ <i>Межрайонные центры – хирургия особого статуса</i>	20
В ЦИФРАХ И ФАКТАХ <i>Лапароскопические операции – выход на новый уровень</i>	23
МЕСТНЫЙ АКЦЕНТ <i>Улетовская ЦРБ: перемены ждали давно</i>	24
ОРДИНАТОРСКАЯ <i>Тысяча и одна операция Виктора Туранова</i>	28
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ: ЛИЦА И СУДЬБЫ <i>Хирургия в Забайкалье. «Петровская школа»</i>	30
ПОРТРЕТ НА ФОНЕ ПРОФЕССИИ <i>Если что-то делать, то делать хорошо</i>	34
ОРДИНАТОРСКАЯ <i>С медицинской искрой в душе</i>	36
ИННОВАЦИИ <i>Расти и развиваться</i>	38
В НЕСКОЛЬКИХ СЛОВАХ Сергей Давыдов: <i>«Хирургия - это навсегда»</i>	40
ПОРТРЕТ НА ФОНЕ ПРОФЕССИИ <i>Когда нет права на ошибку</i>	41
ТАКАЯ ВОТ ПРОФЕССИЯ <i>Патологоанатом нужен живым людям</i>	44
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА <i>В перспективе – трансплантация</i>	48
ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА <i>Кожа - индикатор здоровья</i>	51
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ <i>IV спартакиада хирургов Забайкалья: есть результаты</i>	54
НЕСЕРЬЕЗНО О СЕРЬЕЗНОМ <i>«Молодому хирургу позарез требуются пациенты»</i>	56

ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ ХИРУРГИЯ - НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

Так уж повелось, что большинство специалистов, работавших в разные годы в краевом Министерстве здравоохранения в качестве консультантов по хирургии, продолжали и хирургическую деятельность. Так было с Анатолием Рябченко – героем одного из материалов нашего издания, с Юрием Кокотовым – персоной этого номера журнала, с Алексеем Саклаковым – ныне депутатом краевого Законодательного собрания и нашим постоянным автором. Так произошло и с Сергеем Мясниковым, который и сегодня, являясь консультантом по хирургии регионального Минздрава, продолжает оперировать, в том числе и в учреждениях районов края, делясь опытом с коллегами. Итак, о том, как развивается сегодня забайкальская хирургия, как обстоят дела с плановой и экстренной хирургической помощью в Чите и в районах края, о проблемах и планах на будущее рассказывает главный хирург краевого Министерства здравоохранения Сергей МЯСНИКОВ.



ВОЗРОДИТЬ УТРАЧЕННОЕ ДОВЕРИЕ

- С первых же командировок по краю, с первого знакомства с хирургической службой и работой хирургических отделений стационаров, обратил внимание на ряд проблемных моментов. За 2013-2015 гг. произошло серьезное сокращение коечного фонда и, как следствие, штатного расписания, которое было к нему привязано. В этот же период наблюдался и отток врачей-кадров, не обошедший стороной хирургическую службу – в стационарах, где раньше трудилось по 2-3 хирурга, сегодня работают по одному специалисту, поэтому самая серьезная проблема для хирургии в районах – кадровая. Есть районы, где показатель хирургической активности колеблется от 30 до 50%, хирурги в таких районах, как правило, в одном лице, а это приводит и к низкому показателю выполнения плановых операций. Пострадала и материально-техническая база, многие аппараты устарели, а возможностей приобретения новой техники нет.

Одновременно с этим постепенно угасла и та искорка в глазах, которая раньше была у хирургов: внедрять что-то новое, развивать, осваивать.

Ну, а пострадали в итоге, естественно, пациенты. Сократился коечный фонд – уменьшились объемы хирургической помощи в стационарах, исчезла возможность своевременно получить плановую хирургическую помощь. А вместе с этим начало таять и доверие местного населения к местному же здравоохранению. Возьмем для примера П.-Забайкальскую районную больницу, где раньше была сильная, хорошо развитая хирургическая служба. Жители этого района для получения хирургической помощи начали просто уезжать в краевой центр, либо в учреждения Республики Бурятия – для них это более доступный вариант, так как расстояние составляет чуть более ста километров.

Зато в самом крупном стационаре – Краевой клинической больнице, где я в последнее время являлся заведующим отделением, регулярно оказывалась хирургическая помощь при такой патологии и тех нозологиях, которые должны оперироваться на местах: пупочные, паховые грыжи, послеоперационные грыжи, желчно-каменная болезнь – причем больные приезжали из тех районов, где имеются лапароскопические стойки. В итоге в ККБ перевыполнялись объемы хирургической помощи, создавалась очередь и росла социальная напряженность.

Учитывая все эти проблемные моменты, было решено провести реорганизацию, которая позволит как-то приблизить первичную и специализированную хирургическую помощь жителям районов. Для возрождения полноценной работы стационаров на местах нужно было переломить недоверие населения, чтобы люди по-прежнему были готовы лечиться в местных больницах, не уезжая в Читу. Так было принято решение об организации межрайонных центров на базе тех учреждений, где уже были созданы центры помощи при ДТП второго уровня. В свое время эта масштабная федеральная программа, на которую выделялись



На снимках - оперирует Сергей Мясников

серьезные финансовые средства, позволила оснастить учреждения современным и очень нужным оборудованием. В Забайкалье травмацентры второго уровня созданы в районах края – в Агинском, Краснокаменске, п. Первомайском, П.-Забайкальском, Шилке, Борзе. Именно в них было сконцентрировано и тяжелое оборудование: современные коагуляторы, лапароскопические стойки, с-дуги, и медицинские кадры: врачи-хирурги, травматологи, неврологи, анестезиологи – то есть практически все необходимые для хирургической помощи специалисты. Была также разработана схема маршрутизации, которая позволяла приблизить хирургическую помощь к жителям районов – к межрайонным центрам прикрепили близлежащие районные больницы с их населением, которые выдают направления на плановую хирургическую помощь уже в эти центры. На сегодня хорошо отработана маршрутизация в Краевой больнице №3 п. Первомайский, Агинской окружной больнице, районных больницах Шилки и Борзи.

ТЕХНОЛОГИИ БОЛЬШИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Когда я только начал проводить мониторинг работы лапароскопических стоек – на сегодняшний день их в крае 9, то он показал, что многие хирурги предпочитают работать исключительно «с колес»: привезли пациента – прооперировали, не привезли – значит, будем простаивать. А оказанием плановой хирургической помощи никто особенно не занимается. Да и нет у доктора сил на плановые операции, а уж тем более – на внедрение чего-то нового, если накануне ночью он провел две-три экстренных операции. А все ведь взаимосвязано – чем меньше проводится плановых операций, тем чаще возникает необходимость проводить экстренные.

Сегодня ситуация начинает постепенно меняться, есть положительная динамика, расширяется спектр операций – если раньше на лапароскопической стойке проводились только вмешательства по поводу желчно-каменной болезни, то сейчас наблюдается рост диагностической помощи, растет и процент выполнения лапароскопических аппендэктомий в экстренных случаях. Особенно радует ситуация в Краевой больнице №3, где проводятся и лапароскопические видео-ассистированные операции дренирования кист поджелудочной железы, почек, печени, операции Стронга, желчно-каменной болезни. Что же касается аппендэктомий, то около 80% их выполняются лапароскопически. Хорошо развита здесь и диагностическая лапароскопия.

В стационарах, расположенных в краевом центре, спектр оказания хирургической помощи на лапароскопических стойках намного шире. Так, в Краевой клинической больнице при патологиях органов грудной клетки до 80% операций производятся торакоскопически. Серьезный прогресс в данном направлении наблюдается и в отделении урологии ККБ. В Городской клинической больнице №1 – большой процент диагностических лапароскопий, выполняются вмешательства при абдоминальном синдроме – болевом синдроме брюшной полости, при закрытых травмах живота, при ножевых ранениях брюшной полости – когда трудно определить, проникающее оно или нет. Лапароскопическая стойка применяется в ККБ №1 и для того, чтобы диагностировать торако-абдоминальную травму или исключить ее.

Результаты диагностических лапароскопий показывают, что благодаря им в 40% случаев пациенты избегают обширных оперативных вмешательств, снижается так же процент

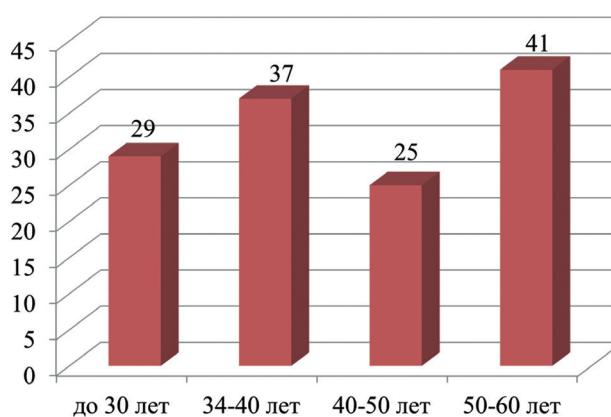
послеоперационных осложнений. Лапароскопическая стойка при диагностических исследованиях – серьезная помощь хирургу.

Сегодня часть аппаратов для УЗИ-диагностики, имеющих в районах края, устарели, компьютерные томографы там тоже отсутствуют, и зачастую хирурги на местах остаются один на один с пациентом, как в старину: только клиника, анализы крови и динамическое наблюдение. Считаю, что в ближайшее время диагностические лапароскопические стойки нужно приобрести для 11 районов края. Обучение доктора смогут пройти на базе Городской клинической больницы №1 г. Читы, на кафедре факультетской хирургии.

УЧЕБА ДЛИННОЙ В ЖИЗНЬ

Большинство хирургов, работающих сегодня в районах края, это уже стажированные специалисты, возраст которых

ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ХИРУРГОВ



от 45 до 60 лет. С одной стороны, такие доктора уже многое умеют, с другой – это тоже проблема, потому что служба нуждается в притоке молодых кадров. Но независимо от того, какой опыт имеется у хирурга, он обязательно должен постоянно повышать свой профессиональный уровень.

Сертификационные циклы хирурги края, чаще всего, ввиду отсутствия финансовой составляющей, проходят на базе Читинской государственной медицинской академии, не выезжая за пределы Забайкалья. Учитывая это, мы начали организовывать и проводить профессиональные конференции как регионального уровня, так и межрегионального, на нашей территории. Состоялось уже несколько таких конференций. Так, на форум «Хирурги Забайкалья в России»

к нам приезжали хирурги, которые сегодня проживают за пределами края, делились опытом. Учитывая, что Краевая больница №4 г. Краснокаменска несет большую нагрузку по оказанию экстренной и плановой хирургической помощи, причем оказывает ее населению 9 близлежащих районов, и именно там действует травмацентр второго уровня, мы провели на базе этого учреждения масштабную конференцию, причем в форме круглых столов по разным специальностям. В ней приняли участие практически все хирургические специальности: анестезиологи, урологи, проктологи, хирурги, травматологи, кардиохирурги. Травматологи провели для коллег мастер-класс



Сергей Мясников

и показательные операции по имплантам тазобедренных суставов, где принимал участие и министр здравоохранения края Сергей Давыдов. Второй день мероприятия посвятили обходам, а за «круглыми столами» обсуждали самые актуальные вопросы именно по своим специальностям. Кроме того, читинские врачи и специалисты кафедры анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ЧГМА провели обучающие курсы по урологии, проктологии, и сердечно-легочной реанимации, во время которых им задали немало вопросов, а участие в их работе приняли не только специалисты КБ №4, но и фельдшера, работающие в бригадах скорой помощи.



Мы также изучили опыт травмацентров второго уровня и организовали конференцию на базе Агинской окружной больницы, где посмотрели, какая помощь сегодня оказывается, что необходимо для этого и как в дальнейшем планируется развивать травматологическую помощь на базе данного учреждения. Аналогичная конференция прошла и в П.-Забайкальской ЦРБ. Учитывая актуальность внедрения и расширения спектра видеоассистированных операций, в октябре этого года запланирована научно-практическая конференция на базе Могойтуйской центральной районной больницы. И поскольку при обсуждении таких важных тем нужно обязательно делиться опытом, в работе конференции примут участие наши коллеги из Бурятии.

В направлении повышения профессионального уровня специалистов работает и существующее в регионе хирургическое сообщество – ЗКОО «Общество хирургов». Для того же, чтобы познакомиться с опытом коллег из других регионов и центральных клиник страны необходимо, несмотря на непростые времена, изыскивать возможности для участия забайкальских хирургов в профессиональных мероприятиях федерального уровня. В этом году событием в хирургической сфере стал Национальный хирургический конгресс, к которому был приурочен и съезд хирургов-эндоскопистов России, проходившие в Москве. Мероприятия такого уровня обычно проходят не в одном зале, их программа разделена на



7-10 секций, и одному человеку просто физически невозможно побывать на всех секциях, прослушать доклады и познакомиться с последними инновациями. Спасибо главным врачам, направившим своих специалистов для участия в конгрессе – на этом мероприятии побывали 11 забайкальских докторов. По его результатам были намечены цели дальнейшего развития, некоторые из них сегодня уже внедряются в учреждениях края: реконструктивные операции на желчевыводящих путях (Краевая клиническая больница), хирургическое лечение калькулезных панкреатитов (Краевая клиническая больница), и др.

Развитие видеоассистированных операций крайне важно для края, поэтому необходимо, чтобы специалисты прошли обучение по данному направлению на высокопрофессиональном уровне. Так, в июле прошла подготовку в Казани, в Центре обучения эндохирургии, хирург Сретенской ЦРБ, скоро в данном учреждении будет готова к использованию лапароскопическая стойка, закуплены инструменты для проведения операций на желчевыводящих путях и диагностической лапароскопии – появится возможность оказывать специализированную хирургическую помощь жителям Сретенского района в родной больнице. В течение этого года на обучение в Казань и Москву отправятся специалисты из Шилки, Могойтуй и Борзи.

Свои командировки в районы края я провожу не только с целью консультативной помощи, осмотров и общения с хирургами, но и для оказания практической помощи, освоения и внедрения новых операций. Большие планы по внедрению новых хирургических технологий имеются в Могойтуйской центральной районной больнице и Агинской окружной больнице. На базе этих учреждений мы собираемся проводить артроскопические операции и операции на щитовидной железе, рассматриваются также возможности выполнения вмешательств на тазобедренных суставах и малоинвазивных операций по профилю урология (заболевания предстательной железы). В могойтуйскую больницу я уже выезжал, чтобы отработать анатомию, показывать технику операций, провели совместные операции. Осенью планирую еще один выезд с целью освоения могойтуйскими специалистами новых видов оперативных вмешательств. Планируем организовать здесь, в Могойтуйе, и кабинет урологической помощи.

Считаю, что немалую пользу для профессионального роста приносит общение хирургов между собой. Плохо, когда между населенными пунктами расстояние в 100 километров, а доктора даже не знают, кто работает в соседних поселках. Поэтому призываю районных хирургов обязательно делиться наработками, методиками, помогать друг другу в сложных случаях. Вместе легче двигаться вперед, осваивать и внедрять новые виды операций и технологий, а потенциал и профессиональный уровень специалистов в большинстве районов вполне позволяет это сделать.

Записала Ирина Белошицкая





ЮРИЙ КОКОТОВ: РАБОТА - ЭТО ДАР СУДЬБЫ



Тем, кто в нашем крае имеет хоть какое-нибудь отношение к хирургии, не нужно объяснять, кто такой Юрий Константинович Кокотов. Помнят это имя и все забайкальцы, которых когда-нибудь оперировал этот хирург. Удивительной особенностью доктора Кокотова в наших глазах было то, что если речь заходила о хирургической операции – он никогда никому не отказывал. И, думаю, не открою большого секрета, если скажу, что где бы ни оперировал Юрий Константинович: в родной ему «первой городской», в краевой клинической, в Краснокаменске, в Первомайском или в других районах края – туда, кроме местных жителей, нередко старались попасть на операцию даже читинцы - потому что там оперировал Кокотов.

ОНИ УМЕЛИ ДЕЛАТЬ ВСЕ...

Своими первыми учителями в хирургии Юрий Константинович считает Нину Николаевну Трибурт и Дмитрия Ивановича Даренского:

- Нина Николаевна - великая была женщина и великий хирург, не имела степеней, но хирургом была классным. Она оперировала все: прекрасно знала проктологию, урологию, детскую хирургию, травматологию, гастроэнтерологию, очень хорошо выполняла эн-

докринные операции – на поджелудочной железе, зобе, клиницистом была отменным. Ее я и считаю своей хирург и -



ческой «мамой». Дмитрий Иванович Даренский сначала заведовал в Читинском мединституте кафедрой госпитальной, а потом факультетской хирургии - я у них ординатуру проходил. Как и Нина Николаевна, учился в омском мединституте, его с четвертого курса на войну забрали, после войны

Юрий Кокотов окончил ЧГМИ в 1975 г., клиническую ординатуру на кафедре госпитальной хирургии – в 1977, проходил курсы усовершенствования в Новокузнецке, Ленинграде, Иркутске. С 1977-80 гг. – хирург Городской клинической больницы № 1 г. Читы, с 1980-89 гг. – ассистент кафедры факультетской хирургии ЧГМИ, с 1989 – заместитель главного врача по хирургии ГКБ №1. Опубликовал 12 научных работ в центральных медицинских изданиях.

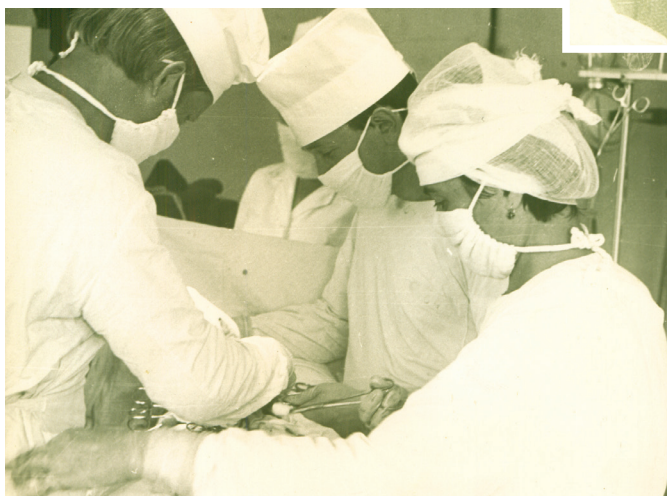
написал кандидатскую, затем докторскую – по сравнительной оценке резекции желудка. Он был из простых людей, но пришел в медицину и стал профессором, при этом всегда оставался прекрасным оператором, умел все... Много в те годы людей было рядом, кого я и сегодня, без преувеличения, считаю великими хирургами - они могли практически все: Маргарита Ивановна Загребина, или, например, хирург из района Владимир Андреевич Шипицын - хирурги от Бога...

Самого Юрия Константиновича коллеги характеризуют как «полиорганного», или многопрофильного хирурга – уровень профессионализма по нынешним временам довольно редкий. Он оперировал практически всю обширную хирургическую патологию - экстренную и плановую, и с каждым годом объем и сложность оперативных вмешательств возрастали. Он освоил всю абдоминальную хирургию, операции на щитовидной железе, периферических и магистральных сосудах, вегетативной нервной системе. В перечне выполненных операций были опухоли надпочечников, сложные реконструктивные вмешательства на желудочно-кишечном тракте, операции по поводу ожирения, а с 1984 г. - абдоминальная лапароскопическая хирургия. Спрашиваешь об этом – Юрий Константинович только пожимает плечами, считает такой послужной хирургический список само собой разумеющимся: «Это мне как раз от Нины Николаевны Трибурт передалось, по тем временам нормальное явление было, хирурги тогда именно так и оперировали».

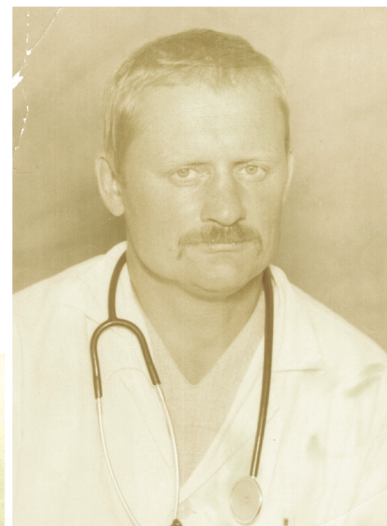
- Сколько сделал за свою жизнь операций? Честное слово, не считал, может 10 тысяч, может 20, может - больше. Оперировали много, в «первой городской», где начинал, три дня в неделю дежурили, «детство» в те годы тоже было нашим. Выдавались такие дежурства, что одних только аппендицитов больше 20 штук за смену выходило. Был у нас доктор Мартиросян, ныне покойный, так он однажды 30 аппендицитов за сутки прооперировал. Мой рекорд был поменьше – 25 острых аппендицитов за дежурство. А кроме этого – ножевые, внематочные, стафилококковые деструкции, инвагинаций было много, детей оперировали - и как-то справлялись: обычное, в общем, дежурство, считали. Поэтому, если слышу, что в какой-то больнице три аппендикса за сутки прооперировали и это достижение, только посмеиваюсь, - вспоминает Юрий Кокотов. – До 1985 года приходилось оперировать и детей, и взрослых. Сложнее ли оперировать ребятишек? В принципе – то же самое, да, ткани более delicate, да, есть свои особенности, которые нужно знать и учитывать. А вообще дети – более благодарные пациенты – в медицинском смысле этого слова: они быстрее поправляются, положительная динамика прослеживается ярче, чем у взрослых. И какая-то от детей исходит особая аура, что от работы ты испытываешь огромную радость...

- Юрий Константинович, а как вы считаете, какое направление в профессиональном воспитании хирурга более правильное: многопрофильность или узкая специализация?

- Думаю, что в узкую специализацию хирург должен приходиться только после того, как освоил в полной мере «полиорганную» стадию. Нужно идти от общего к частному и никак иначе, то есть сначала получить общехирургический уровень



подготовки, может быть, чуть больше - знать дополнительно такие разделы, как гинекология, урология, по крайней мере, а потом уже выбирать какую-то частную область и изучать ее досконально. Приходить сразу после института, после интернатуры в «узкую хирургию» – это



ошибка, закливая молодого доктора на каком-то одном направлении, мы превращаем его в робота, выполняющего тот или иной вид функциональных обязанностей или оперативных вмешательств. Это уже получается не врач, а какая-то функциональная составляющая врача. Когда слышишь: я, мол, специалист по левосторонней паховой грыже (я утрирую, конечно), то понимаешь, что что-то нужно в сегодняшней системе менять. А если чуть

в сторону жизнь заставит шагнуть, что тогда? Как врач такой специалист несостоятелен, особенно в наших условиях, условиях Забайкалья. Многопрофильному хирургу нет необходимости прибегать к помощи других специалистов, он сам оперирует, сам заканчивает операцию. Таких ситуаций, когда только на операционном столе вдруг выясняется, что у данного больного нужно оперировать совсем не то, на что рассчитывали первоначально, сколько угодно возникает. Берешь с аппендицитом, а там внематочная беременность, и что делать такому доктору? Нельзя впадать в крайности...

УЧИТЬ, КАК ЛЕЧИТЬ

- Хирургами рождаются или становятся? Ну, в общем, к этому надо иметь определенные склонности, но приходят в эту профессию только через труд, через тяжелый труд. Ответственность должна быть и перед собой, и перед людьми, а это ведь не каждому присуще. И сегодня есть среди молодых докторов те, кто придерживается старых принципов, и взгляды у них правильные на профессию, и приоритеты верные. Только вот сложнее им в сегодняшнее время с таким менталитетом приходится...

- Юрий Константинович, как нужно учить, чтобы не канул безвозвратно в прошлое принцип: главное оружие хирурга – это его золотые руки? И как воспитать хирурга с клиническим мышлением, что это вообще такое - клиническое мышление: дар или знания?

- Нужно, чтобы еще в институте будущего хирурга учили клиницисты, те, кто не только головой, но и руками могут работать. Я сам восемь лет отработал в институте и знаю, что раньше для того, чтобы учить хирургии, ты должен был не просто сам оперировать - ты должен был выделяться на фоне



других, иначе тебя просто бы не взяли на кафедру. На самом деле все просто: если ты никого в своей жизни не прооперировал, если ты при виде крови в обморок падаешь – ты можешь быть кем угодно, но ты не хирург. А врач с клиническим мышлением – тот, кто может оценить клинику, развитие какой-то патологии у данного

ВОТ ОНО, ВЕЗЕНИЕ...

- Что такое красиво оперировать? Не травмировать ткани, с которыми приходится иметь дело, минимум кровопотери, красиво и мастерски в техническом отношении наложенные швы. А вообще, в хирургии помимо красоты есть еще такой фактор как «легкая рука»: можно не очень красиво соперировать, иногда сам собой недоволен, а больной заживает «в нитку» – залюбуешься. Как говорится, все в руках Божьих, - Юрий Константинович не всегда мыслит хирургическими категориями. - От ангела-хранителя пациента зависит? Совершенно верно, и от ангела-хранителя хирурга – не меньше. Вот если такой альянс состоится, и они будут в одном направлении работать, то в таких случаях все хорошо бывает. А если диссонанс возникает, или у пациента его нет, или у врача, тогда исход какой угодно может быть...

конкретного больного, ее особенности. Нет одинаковых болезней – у каждого человека болезнь с одним тем же названием будет протекать клинически различно, и если врач сумел уловить эти особенности на фоне общепринятой картины – это дар. Поэтому есть факультетская хирургия, которая изучает классику, и есть клиническая хирургия, которая изучает индивидуальное течение данной болезни, ее особенности у больного. И то же самое клиническая составляющая оперативного вмешательства: схема операции одна и та же, но анатомия разная, нет полностью похожих людей, нет абсолютно одинаковой анатомии, поэтому любое оперативное вмешательство будет иметь свои особенности, свои нюансы. По сути, все сводится к высказыванию: лечите не болезнь, лечите больного.

В Забайкалье мне приходилось со многими хирургами работать, которые обладали действительно клиническим мышлением. Это и Мария Васильевна Губенко – она когда-то начинала как хирург, потом ушла в травматологию, и Николай Васильевич Лесков, которого мне приходилось видеть в деле

- прекрасный был хирург, замечательный человек, уже в те годы проводил такие операции, которые и сегодня мало кто делает. Олег Николаевич Троицкий тоже начинал как хирург, и был хирургом виртуозным, я видел прооперированных им пациентов с пластикой пищевода толстой кишкой – отлично выполнены операции. Да всех раз перечислишь...



Юрий Константинович и сегодня помнит одну из своих больных – ее привезли во время дежурства на брезентовых носилках, накрытую простыней. Женщина, жительница одного из близлежащих к Чите сел, скобила ножом крыльцо. Этот нож и воткнул ей в спину пьяный муж, которому она отказалась дать денег на продолжение «веселья».

- В приемник прихожу, вижу – женщина на носилках, на вид вроде бы горбатая. Простыню поднимаю, она лежит на животе, а в спине у нее огромный нож торчит, который прошел насквозь через спину, собрал на своем пути все, что можно было собрать: почку, поджелудочную железу, толстую кишку (как еще от аорты-то отскочил, там совсем рядом было!) и торчит из передней брюшной стенки. Прооперировали, и вот женщина эта каким-то чудом поправилась и зажила «в нитку». Не хотел Бог ее забирать, дал хирургу возможность вылечить. В таких случаях понимаешь, как мало от врача зависит, получается, что хирург – это просто ставленник Божий в таких вот разборках...

- Вам везло на таких больных?

- Мне «везло» на ножевые ранения сердца, «везло» именно в кавычках. С ними очень часто в работе сталкиваться приходилось. Мы даже статью подготовили совместно с Дмитрием Ивановичем Даренским, было о чем писать - уже

тогда я прооперировал 17 таких пациентов. И после этого продолжалось в том же духе. Например, когда работал в Краснокаменске, у меня за одно дежурство было два ножевых ранения в сердце. Операция эта такая... бодрящая... Видишь, как из сердца кровь льется, как оно бьется, и если останавливается, то надо его завести – очень волнительные секунды, поверьте. И если все удалось и больной выживает, то получаешь такой кайф!..

НЕПРАВДА, ЧТО ПРИВЫКАЕШЬ...

- Юрий Константинович, какие годы вы считаете самыми результативными, самыми интересными в профессиональном плане?

- Да я как-то не выделял особенно, просто на каждое время была своя оценка с учетом уже пережитого, накопленного опыта, все годы были по-своему хорошими. В «первой городской» я первые 18 лет отработал, был и врачом приемного покоя, и врачом-ординатором. Все ступени прошел в «первой городской», все, чему научился, все, что получил - я получил в Первой городской больнице - там мы работали, что называется, «на полную катушку».



На БАМе тоже было интересно, там я работал в 1982-1985 гг. в составе выездных бригад врачей-специалистов, оказывал врачебно-консультативную помощь здравоохранению Каларского района. Холодно было на БАМе, больных за неделю смотрели по 500-700 человек, всех, кого нужно было оперировать, вызывал потом в Читу. Приезжали больные с зобом – очень много было случаев, видимо, условия местные способствовали: холод, стресс, зоб появлялся за очень короткое время. Среди пациентов были и мужчины, и женщины, у всех был диффузный зоб с тиреотоксикозом, «щитовидок» с узловыми образованиями тоже было много. Язвенная болезнь там протекала очень агрессивно, из-за стрессов, очевидно. Каких-то пациентов я оперировал и непосредственно в старой Чаре – иногда после осмотров

Юрий Кокотов – хирург высшей профессиональной квалификации. С 1993 по 2004 гг. - главный специалист региона по хирургии. Под его руководством и при непосредственном участии в Забайкалье было открыто три межрайонных хирургических отделения для оказания квалифицированной и специализированной помощи больным, развивались новые хирургические технологии. В 1996 г. хирургу Кокотову присвоено высокое звание — «Заслуженный врач РФ».



оставались 2-3 дня, подбирали больных и я оперировал в старой Каларской больнице. Ну, за два дня много не сделаешь, но человек 10-12 оперировали, и вмешательства достаточно сложные были.

Я знал всех хирургов, в каждом районе, во всех больницах в Забайкалье мне приходилось оперировать – во всех, без исключения. Начиная с Петровска-Забайкальского и заканчивая Тупиком. В Тупике ведь вообще печное отопление, дровяные автоклавы, главным врачом в те годы был хирург Муслим Магомедович Загиров, мы с ним вдвоем за неделю по 30 больных оперировали. Тогда, в 90-е годы, у людей просто денег не было, чтобы ехать на операцию в Читу, и мы там оперировали достаточно сложные случаи: за неделю пять больших миом матки делали (ранее диагностированных, естественно), до 10-12 холециститов, резекций желудка, варикоэтомий, операций на щитовидной железе. Много оперировали в Вершине Дарасуна, в Усуглях. Были выезды в районы, когда оперировали по 30 человек, и Бог меня миловал – ни один из этих пациентов не умер: ни после плановых, ни после экстренных операций - вот он, мой ангел-хранитель.

Повезло ли мне с работой? Ну, в общем, да, повезло. Трудная она, любимая, порой, бывает, и устаешь, и проклинаешь, а вот не можешь без нее и все. С каждым больным переживаешь его боль, а это тяжело, и для здоровья хирурга бесследно не проходит. Бывают, конечно, врачи, которые и с первых дней в профессии не переживают, но я с каждым больным умираю и выздоравливаю. И с годами это не исчезает никуда, невозможно абстрагироваться от чужой боли, если ты врач...

Ирина Белошицкая

Эти взгляды... Они совершенно иные. Не те, которые встречала в паллиативном отделении или Центре СПИД. Другие. Абсолютно. Не равнодушные и не любопытствующие, не стесняющиеся и в то же время не пытающиеся спрятаться. Ты проходишь мимо голов в косынках и понимаешь, что им, пациентам онкологического диспансера, доступно что-то другое, что ты пока понять не в силах, а им это уже открылось.

СРЕДОТОЧИЕ БОЛИ И... НАДЕЖДЫ

ОТ САМОГО ИСТОКА

Оранжевый, как свет надежды. Теперь он лучится и со стен нового корпуса Забайкальского краевого онкологического диспансера, и с ярких вставок на униформе врачей и медсестер, а еще распускается цветовым всполохом в помещениях. Случайно ставший корпоративным цветом, он сегодня стал светом надежды. А её в этих стенах никогда не бывает много.

Нет, наверное, ни одного человека, который бы не был слышан про рак. Это слово отдаёт холодком в сердце и заставляет предательски ныть где-то там, под ложечкой. И даже входить в эти стены - словно бы выносить себе приговор. Но. Именно тут разрушают мифы и дарят жизнь и надежду уже 70 лет. В октябре этого года Забайкальский крайовой онкологический диспансер отмечает юбилей. Заслуженный и весомый.





Знакомясь с сегодняшним диспансером, сложно представить, что когда-то онкологическими больными занимались в маленьком пункте при областной поликлинике. В небольшой комнатке хирург Григорий Аксман консультировал больных, а лечили их в обычном стационаре. Страна еще воевала с фашистской Германией, а в далёкой Чите врачи эвакогоспиталей начинали развивать гражданскую медицину. Григорий Аксман как раз был из военных врачей. И он вместе с коллегой, выпускницей Киевского мединститута Светланой Пурисман, стали основателями онкологической службы в Забайкалье.

В 1947 году помещение бывшей поликлиники по улице Калинина, ныне Амурской, отвели под онкологический диспансер - тридцать стационарных коек, отделение для проведения рентгенотерапии и диагностики. С этого момента и началась история онкологической службы, как самостоятельного направления в оказании медицинской помощи жителям области.

Сравнивая нынешний уровень медицины и тот, послевоенный, стоит только почувствовать врачам, начинавшим противостояние этой болезни. Их арсенал был весьма скуден – лучевая терапия только начинала своё развитие, химиотерапии как таковой еще не было, и врачам приходилось использовать всё мастерство хирургов, чтобы остановить болезнь. Рентгениагностика позволяла выявлять опухоли в стадии, когда их можно было увидеть на снимках или пропальпировать. Так что оперативный путь тогда был единственным средством борьбы с раком.

Но годы шли, и менялась медицина. Качественно и количественно преобразался онкодиспансер. Из скромного одноэтажного здания он перерос в систему корпусов и расположился в другом месте – подальше от шумного и пыльного центра. И сегодня его площадь, с учетом введённого в строй в 2012 году здания, составляет около 27 тысяч кв. метров, на которых расположились пять хирургических отделений, два – химиотерапевтических, радиологии, поликлиника, патологическая и

радиоизотопная лаборатории, и детское отделение - а всего 360 коек. И ныне он куда богаче вооружён многочисленными средствами борьбы с раком. Думаю, врачи-основатели были бы приятно удивлены.

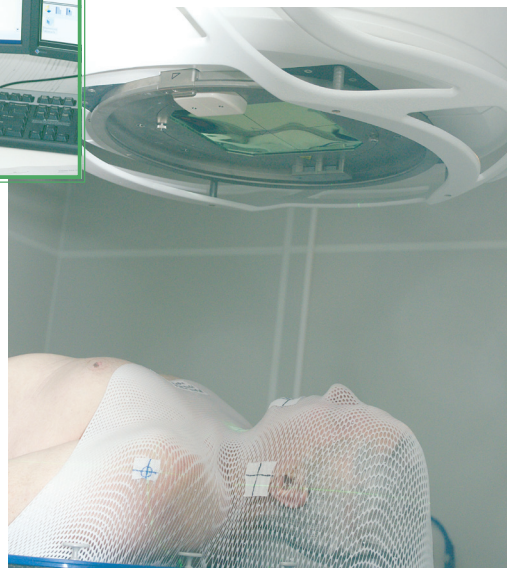
ЭТО МОЯ ПРОФЕССИЯ И Я ЕЙ ВЕРЕН

Свои слова Юрий Михайлович Котов подтвердил всей жизнью - 50 лет как трудится в стенах онкодиспансера. Придя сюда в далёком 1967 году, он так и остался здесь. Перед его глазами прошли и самые благодатные годы для медицины, и не очень. Однако никогда не возникало соблазна уйти из профессии.

- Я же врач, - говорит Юрий Михайлович. – Я лечить должен.

Всегда по-хорошему завидовала людям, кому есть что рассказать. А тут – полвека за спиной, вся эволюция, можно сказать, онкодиспансера перед глазами прошла.

- Сейчас операции делают через маленькие проколы – пять дней и больного на выписку. Чудо же! Лучевую и химиотерапию подключают. Раньше не так лечили. А теперь вроде бы операции стали обширней, а при этом органы по-максимуму сохраняют. Прежде при раке молочной железы и мышцы удаляли, а сейчас стараются не ампутировать без надобности, только лимфоузлы. Сейчас, прежде чем назначать дозировку, определяется гормональный уровень опухоли, а мы тогда вычисляли эмпирически. Кстати, у нас очень



хорошая морфологическая служба. Мне коллега из института Н.Н. Блохина даже её хвалила.

Видно, гордится диспансером. С удовольствием рассказывает о том, что было раньше, и как сейчас. Про хирургию, свою основную специальность, часами может говорить. Сам многие годы оперировал, потом трудился начмедом, затем перешел на заведование химиотерапевтическим отделением. А потом ушел в рядовые врачи. Сказал, мол, пусть молодые работают, им это по плечу. И по-оте-



Теперь иммуногистохимические и иммуноцитохимические реакции на разные типы опухолей можно проводить одновременно, что существенно сокращает процесс. Так что, пока в операционных идут операции, здесь лаборанты и врачи уже могут определить, с чем имеют дело.

чески тепло отзывается о преемнице, дескать, квалифицированная, умелая, всё успевает.

К слову, для меня откровением стало то, что когда-то линейные ускорители производил Советский Союз. Их производством в нашей стране занялись еще в конце 50-х годов, а начиная с 1965 стали поставлять в медицинские учреждения. Такой линейный ускоритель отечественного производства Юрий Михайлович и увидел в научном институте в Минске в 1966-м. Доступ к нему был ограничен, и входить разрешалось только по пропускам. Объект считался стратегическим и находился под контролем. Правда, до Забайкалья те аппараты так и не дошли.

А оборудование для радиоизотопных лабораторий выпускала Венгрия. В диспансере до сих пор



стоят аппараты венгерского производства 1974 «года рождения». Их мне Александр Легостаев, заведующий радиоизотопной лабораторией, показал. Так сразу и не сообразишь, для чего это кресло с приставленными к спинке двумя трубками, похожими на турбины самолетов. А это, чтобы почки смотреть. Трубы – датчики, фиксирующие излучение, а здесь самописец – черточки вырисовывает – красные, желтые, короткие, длинные. Весь процесс – сплошное таинство. И как всё это работает, и как это всё разобрать? Современная ядерная меди-



цина при том, что поражает впечатление своими возможностями, в то же время гораздо упростила процесс. Сегодня в гамма-камере пациент не лежит часами – достаточно десяти-двадцати минут. Излучение от радиоактивного йода, введенного в тело пациента, в условное время захватывается аппаратом и на монитор выводится изображение – где накопилось, в каком количестве.

- Это что? – Тычу в экран.

- Метастазы в позвоночнике, – отвечает врач.

На мониторе пятнами светятся новообразования, разбросанные по позвоночнику. И сразу по спине холодок: там, за стеной, на стойке лежит женщина, не старая еще, а здесь ей уже вынесен вердикт. И как-то не по себе от такого знания. Врачи же и не такое видели. Выгорить, если за каждого эмоционально переживать станешь, а кто с другими-то работать будет. Так что ровное отношение – защита, всего лишь способ и дальше помогать людям. Александр Александрович уже 30 лет в этой сфере трудится, а его коллеги – немногим меньше, а может и больше – им всем около 50-ти или же за полтинник. Ждут тут молодых коллег, чтобы опыт было кому передать, а он бесценный. Всё-таки врачи единственной в крае радиоизотопной лаборатории – товар штучный. Не зря же они в своё время курс ядерной физики изучали. Впрочем, медики и физики в одном лице – не они одни. Есть в диспансере специалисты, которых так и называют – медицинские



физики. Не врачи, но в медицине.

ЖИЗНЬ ТЕБЯ ЛЮБИТ

Здесь полутораметровые экранящиеся стены, темнота и внушающий уважение агрегат – линейный ускоритель Elekta. Если советский так до Читы и не добрался, то дошел сюда британский. И теперь населению края стали доступны самые последние методы лучевой терапии – высокоточной и эффективной. А в другом помещении стоит THERATRON Eguinox. Такой же высокорезультативный монстр от ядерной медицины. И чтобы агрегаты работали, нужны специалисты совсем другого профиля – физики, но с медицинским уклоном.



Лечение на линейном ускорителе – дело не быстрое. Для начала врач онколог-радиолог определяет объем необходимого радиотерапевтического вмешательства и дозу излучения. Затем лаборанты снимают лицево-плечевую маску – она позволяет держать больного в одном положении и в то же время служит ориентиром для обработки лучами – на неё наносятся координирующие метки. И уже после этого к работе приступают медицинские физики.

Трое юношей и девушка создают весь процесс – в 3D-программах с точностью до миллиметра обрисовывают опухоль, задавая со всех сторон поле электронному пучку, а затем отрабатывают процедуру лечения – способ доставки назначенной дозы, а также расчет времени. Многопестковый коллиматор позволяет с точностью соблюдать заданные границы, так что лучи не наносят вреда не пораженным раком органам.

Кстати, индивидуальная маска хранится две недели. И если больному через полгода назначается очередной курс, то она снимается заново.

И еще: поскольку «бомбардировка» проходит точно по заданной цели, то немаловажное значение имеет, в какой момент – на фазе выдоха или вдоха. Внутренние органы же меняют своё положение во время дыхания. А небольшой сдвиг – и здоровые органы подвергнутся облучению, чего нельзя допускать. Так что в линейном ускорителе предусмотрена синхронизация по дыханию. И когда пациент вдыхает или выдыхает (смотря как настроен аппарат) происходит обработка лучами. Таким образом достигается большая точность и стопроцентное поражение раковых клеток.

Вот в линейный ускоритель лаборанты уложили очередного пациента. На лицо надели маску, зафиксировали. Мы выходим. Врач-радиолог запускает процесс, я оглядываюсь

напоследок и вдруг обращаю внимание на баннер в операторской. Там написано: «Жизнь тебя любит». Подумалось, не жизнь, а человек. Если бы не сила человеческой мысли, то возможны ли были такие методы лечения, какими медицина владеет сейчас?

Сегодня поликлиника за день принимает почти 300 человек. Только за 2016 год количество посещений выросло до 70 тысяч. Хотя еще два года назад поликлиника принимала около 56 тысяч пациентов. Хорошую службу здесь играет call-центр. Два оператора каждый день принимают свыше 200 звонков.

МИКРОСКОПЫ НА ПЯТЬ, ИССЛЕДОВАНИЯ НА «ОТЛИЧНО»

Когда в 2001 году областная Дума в рамках федеральной приняла программу «Онкология», в диспансере облегченно вздохнули. В лечебное учреждение пошли деньги на модернизацию. Тогда и были заложены средства на строительство нового корпуса и на приобретение оборудования. И с 2012 года диспансер получил не только дополнительные площади, где разместил новые отделения, но и, наконец-то, собственную патоморфологическую лабораторию. Ею он сегодня может по праву гордиться.

Татьяна Викторовна Бурдинская, заведующая патоморфологической службой, смотрит недоверчиво: мол, как же журналисту – не медику, объяснять особенности работы? А у них она очень специфичная, прежде чем стёклышко попадет под микроскоп к врачу-патологу, лаборанты проделают такой объём работы, что только успеваешь различать одно от другого. Хорошо ещё, что всё роботизировано. Всё маркируется, отслеживается и данные передаются как по конвейеру. Перепутать сложно.

Лаборатория оснащена такими единственными в крае аппаратами, как иммуногистостейнер и исследовательский микроскоп, рассчитанными на пять человек.

И теперь иммуногистохимические и иммуноцитохимические реакции на разные типы опухолей можно проводить одновременно, что существенно сокращает процесс. Так что, пока в операционных идут операции, здесь лаборанты и врач уже могут определить, с чем имеют дело.



М.Г. Пимкин

Кстати, таргетная терапия, не так давно вошедшая в спектр медицинской помощи при онкологии, базируется на данных именно такого рода исследований. Лабораторное исследование помогает определить чувствительность определённых рецепторов к терапии, а, значит, возможно предположить и эффектив-

70 тысяч. Хотя ещё два года назад поликлиника принимала около 56 тысяч пациентов. Хорошую службу здесь играет call-центр. Два оператора каждый день принимают свыше 200 звонков. Они успевают обзванивать пациентов, уточняя, смогут ли они в назначенный день прийти на приём. Если же нет, то оперативно освобождают запись и на это время берётся другой.

При поликлинике открыт дневной стационар и пансионат. И тот и другой пользуются спросом. Горожане могут пройти процедуры в уютных палатах, а приезжие из районов - при необходимости заселиться в комнаты и, как говорится, не сходя с места пройти все догоспитальные обследования. Дневного стационара прежде не было, так что его открытие стало хорошей поддержкой для диспансера. Да и пациентам удобнее.

ность лечения. И у пациентов диспансера есть возможность её получать.

Конечно, расти всегда есть куда. Например, хорошо бы на месте проводить молекулярные биологические и молекулярно-генетические исследования. Но это перспективы возможного будущего. Сегодня при необходимости гистологический материал или кровь отправляются в Новосибирск либо в Москву.



К слову, инициатива краевого Министерства здравоохранения по повышению квалификации регистраторов здесь быстро нашла отклик. На сегодня практически все они прошли обучение в местном медколледже. Кроме этого, с регистраторами работает менеджер по развитию персонала Наталья Малыгина. Такое обучение позволяет сотрудникам лучше взаимодействовать с пациентами, понимать их и не давать вспыхивать конфликтным ситуациям.

Ведь сюда приходят люди особенные, и боль их, тревоги и надежды нужно принимать чутко и участливо, а этому тоже нужно учиться.

ПОЛИКЛИНИКА НАЧИНАЕТСЯ С...

...регистратуры. Любая. Будь она при больнице, или как самостоятельное учреждение, все пациенты, так или иначе, идут в регистратуру. А здесь она кардинально поменялась. Пилотный проект «Доступная онкология» в первую очередь затронул поликлиническое подразделение. И всё новое активно взялась внедрять Наталья Захарова, заведующая поликлиникой. Её свежий взгляд, а до этого она трудилась в обычной поликлинической сети, помог сориентироваться, как перестроить работу.

- Поликлиника находится в приспособленном здании, оно рассчитывалось под общежитие, – рассказывает Наталья Игоревна. – Поэтому нашей первой задачей было оптимизировать маршрутизацию – сделать удобной для пациентов, чтобы они не путались и легко ориентировались, куда и к кому идти. Увеличили количество регистраторов – было пять, стало десять. Ввели должность администратора зала, который помогает пациентам, если возникает необходимость. А также старшего регистратора, отвечающего за весь процесс в регистратуре.

И действительно – изменения, как говорится, налицо. Сколько бы я ни проходила через регистратуру, а толпы там не видела. Подходят к терминалу, берут талончик, чинно усаживаются.

Сегодня поликлиника за день принимает почти 300 человек. Только за 2016 год количество посещений выросло до

ИДТИ В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

в диспансере старались всегда. В советское время в рамках прибрежного сотрудничества Чита получала самые современные аппараты японского производства, которых даже в больницах центральных баз порою не было. Затем был период, когда всё замерло и остановилось. Но жизнь менялась, и диспансер – тоже.

Ну, а самое главное отличие дня сегодняшнего – это то, что если раньше онкологические заболевания обнаруживали на стадиях, когда помогали только радикальные методы лечения, то сегодня упор делается на раннее выявление и, как мы уже говорили, органосохраняющие операции.

Михаил Пимкин, главный врач онкодиспансера и главный внештатный онколог краевого Министерства здравоохранения, с удовольствием рассказывает о том, чем сегодня может гордиться учреждение:

- Новые технологии в медицине во многом перевернули наше представление о том, что мы делаем и как. Например, раньше у нас был рентгеновский аппарат и фиброскопы, а сейчас мы говорим уже не о фиброгастроскопии, а об эндоскопической гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Она позволяет смотреть не только слизистые желудка. Кроме того, эндоскопическая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь позволяет проводить исследования в разных спектральных режимах, при необходимости зумировать отдельные участки и рассматривать детально. Эндоузи – ещё один прорыв в сфере медицинской диагностики. Теперь мы можем рассматривать, на какую глубину в стенки полых органов проросла опухоль. Если раньше мы это только предполагали, либо во время операций

смотрели или гистологическое исследование проводили, то теперь такие исследования проводятся во время догоспитальной диагностики.

Компьютерными томографами уже никого не удивить. Они стали привычным явлением для наших лечебных учреждений. Вопрос только в том, какие модели стоят и с какими разрешающими способностями. В этом онкодиспансер тоже не обделён. Компьютерный томограф тут не только для диагностики, но и для лечения – используется для разметки опухоли перед облучением на линейном ускорителе.

Лапароскопии здесь также стали рядовыми операциями. Разделение хирургических отделений по отдельным направлениям – торакоабдоминальное, патологии головы-шеи, молочной железы, женской репродуктивной системы, мочеполовой системы, позволяют теперь врачам оттачивать мастерство в своих специализациях. И для этого есть все возможности – в новом корпусе восемь добротно оснащенных операционных и отделение реанимации.

Направленность онкологического лечения на органосохраняющие операции имеет и социальную функцию. Например, для женщины сохранение молочной железы имеет огромное значение. Это возможность чувствовать себя полноценно и не испытывать эстетического дискомфорта. Поэтому в отделении молочной железы при возможности опухоль удаляют секторально. Так что сегодня рак молочной железы – это не всегда её ампутация.

Ну, а самое главное отличие дня сегодняшнего – это то, что если раньше онкологические заболевания обнаруживали на стадиях, когда помогали только радикальные методы лечения, то сегодня упор делается на раннее выявление и, как мы уже говорили, органосохраняющие операции.

И здесь помогают скрининговые программы. Внедрение таких техник уже дало свои результаты. Хорошо отработаны выявление рака шейки матки, рака молочной железы. В итоге по результатам прошлого года скрининг по раку молочной железы довели до 57 %, а начинали с 15 %. Но самый лучший результат таких скринингов в том, что стали выявлять рак на первой-второй стадиях и на этапе *in situ*, когда стадия считается еще нулевой. Всего в крае

реализуется несколько скрининговых программ. Результаты некоторых уже можно считать успешными. Теперь вопрос только в том, как будет справляться с таким наплывом диспансер.

- Да, заболеваемость растёт, – Михаил Геннадьевич соглашается и тут же объясняет причины. – Люди стали жить

дольше, и чем больше увеличивается срок жизни, тем выше вероятность, как говорил японский учёный, дожить до своего рака.

Кстати, вопреки распространённому мнению, региональных особенностей у нас в Забайкалье по онкологии нет.

- Мы изучали этот вопрос,

– Ольга Горбачева, заместитель главного врача по организационно-методической работе, знает, о чём говорит. Недаром столько времени проводит, изучая статистику. – Смотрели по территориям, делали запросы по Краснокаменску, Газимур-Заводскому, Акшинскому районам. И корреляции по районам не заметили. И чаще всего ухудшение показателей происходит, прежде всего, при отсутствии онконастороженности среди медицинских работников первичного звена и населения.

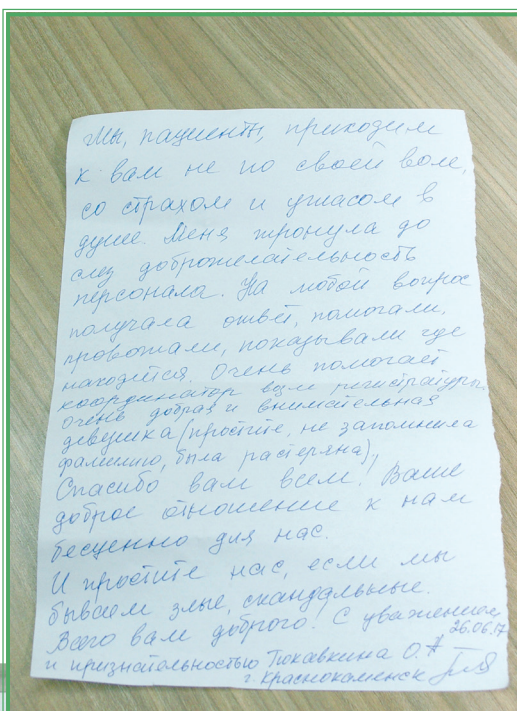
Пилотный проект «Совершенствование оказания медицинской помощи по онкологическим заболеваниям», запущенный в прошлом году на территории трёх районов, был призван повысить внимательность врачей. В его рамках была обещана премия тем специалистам, которые первыми заподозрят онкологию. Материальное стимулирование оказало своё воздействие. По итогам трёх месяцев семи врачам были выплачены обещанные пять тысяч. А сейчас проект стартовал уже на всей территории края.

... Шагая по коридорам диспансера, волей-неволей вглядываешься в людей, которые сегодня и прямо сейчас сражаются за свою жизнь и здоровье. Видишь, как отвыച്ചиво они откликаются на любую просьбу, как стараются лишней раз улыбнуться. Каждый, конечно, по-своему несёт свою ношу. Но она легче, когда рядом те, кто готов подставить своё плечо и предложить помощь.

И да, я знаю теперь этот взгляд – это взгляд людей, познавших ценность жизни.

Эльвира Паламова

Пилотный проект «Совершенствование оказания медицинской помощи по онкологическим заболеваниям», запущенный в прошлом году на территории трёх районов, был призван повысить внимательность врачей. По итогам трёх месяцев семи врачам были выплачены обещанные пять тысяч. А сейчас проект стартовал уже на всей территории края.





именно той работой, которую и должны выполнять хирурги на местах.

- А техническое оснащение районной хирургии меняется в лучшую сторону, появилась за последнее время в арсенале хирургов новая техника?

- Да, сегодня можно говорить о том, что постепенно идет насыщение районных учреждений медицинской техникой: в ряде больниц поменяли наркозное и дыхательное оборудование, в нескольких ЦРБ появились аппараты для УЗИ-диагностики, приобрели эндоскопическое оборудование и силовое оборудование для эндопротезирования. Так, аппарата для УЗИ была поставлена в центральные районные больницы Тунгокоченского и Оловянинского районов,



ИВАН ШОВДРА: С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ХИРУРГА

- Как говорится, бывших хирургов не бывает... Регулярно посещая лечебные учреждения различного уровня в районах, вы, безусловно, смотрите вокруг не только взглядом руководителя, но и взглядом хирурга. Как оцениваете уровень развития хирургической службы районов, обеспечения кадрами и оборудованием?

- В последние годы сформировалась негативная тенденция снижения в районах доверия и к медицине в целом, и к хирургии в частности. Люди стараются попасть на плановое оперативное лечение в центральные районные больницы, а лучше всего – в краевой центр. И первое, что нужно делать – менять это отношение. В годы моей работы в П.-Забайкальской районной больнице там на хорошем уровне оказывалась специализированная хирургическая помощь, проводился большой объем плановых оперативных вмешательств. Сегодня же в ряде районов можно наблюдать достаточно и низкую хирургическую активность, и недостаточный уровень подготовки врачей-хирургов. В связи с этим в настоящий момент делается упор на развитие межрайонных центров, это позволяет и усилить хирургическую службу оборудованием, и укрепить кадровый состав, чтобы пациенты могли получить адекватную медицинскую помощь, в том числе и хирургическую, не уезжая при этом далеко от дома. Конечно, высокотехнологичная и высокоспециализированная помощь по-прежнему будет оказываться на краевом уровне, но для проведения плановых вмешательств не большого объема люди должны обращаться к местным хирургам, испытывая при этом доверие к местным специалистам.

Да, сегодня есть районы, где в хирургической службе имеются и кадровые проблемы, и незакрытые бреши в материально-техническом оснащении – их мы стараемся выправлять с помощью средств нормированного страхового запаса ОМС. Это дает нам уверенность, что постепенно хирургическая помощь здесь будет оказываться квалифицированно и в полном объеме, как это и должно быть. Но, конечно, одновременно нужно менять и устаревшие сегодня стереотипы, мешающие врачам заниматься

Сегодня можно говорить о том, что постепенно идет насыщение районных учреждений медицинской техникой: в ряде больниц поменяли наркозное и дыхательное оборудование, в нескольких ЦРБ появились аппараты для УЗИ-диагностики, приобрели эндоскопическое оборудование и силовое оборудование для эндопротезирования.

эндоскопическая - в Шилкинский район, телеуправляемый диагностический рентгеновский комплекс – в Нерчинский. Для Красночикуйской ЦРБ приобрели фиброгастроскоп, для Оловянинской - два паровых автоклава, для Чернышевской - наркозно-дыхательный аппарат, а для Балеической ЦРБ, где создан межрайонный эндоскопический кабинет – фиброгастроскоп.

Кроме того, хирургическая служба и неразрывно связанная с ней служба реанимации и интенсивной терапии Читы пополнилась в Краевой клинической больнице и в Городской клинической больнице №1 новым силовым оборудованием для эндопротезирования, электромеханическими операционными столами. А в отделениях реанимации и интенсивной терапии Краевой детской клинической больницы установлена новая дыхательная аппаратура, мониторы, кюветы.

- Какие изменения в оснащении медицинской аппаратурой, которая станет серьезным подспорьем и в работе хирургов, ожидают учреждения края в ближайшее время?

- Решен вопрос о приобретении для Чернышевской ЦРБ компьютерного томографа - больнице он необходим, поскольку именно здесь планируется создание еще одного межрайонного центра. А при наличии томографа появится возможность открыть на базе этого учреждения еще и первичное сосудистое отделение. Также запланировали приобрести переносной УЗИ-аппарат для Могочинской ЦРБ, для Оловянинской ЦРБ фиброгастроскоп, для Краевой детской клинической больницы аппарат ИВЛ, силовое оборудование для отделения травматологии Городской клинической больницы №1. Кроме того, за счет средств нормированного страхового запаса пройдут обучение по профпатологии и педиатрии врачи из Шелопугинской больницы, а доктор из Краевой больницы №4 г. Краснокаменска - по специальности травматология-ортопедия.

Беседовала Ирина Белошицкая

АНАТОЛИЙ РЯБЧЕНКО: «ПРОСТЫХ ОПЕРАЦИЙ НЕ БЫВАЕТ...»



Восхищаясь первым космонавтом Юрием Гагариным, многие советские дети мечтали покорить просторы звездного неба. А для известного забайкальского хирурга Анатолия Рябченко в юности оказался заразительным другой пример – приехавший на работу в его родной поселок врач-хирург. Уважение к доктору, готовому в любое время прийти на помощь селянам, вызвало у нашего героя интерес к медицине...

ОТ ПОЛУОБМОРОКА К РЕШИТЕЛЬНОСТИ

Анатолий Михайлович Рябченко – коренной забайкалец, родом из поселка Ключевский Могочинского района. Вырос он в семье, далекой от медицины: отец работал механиком, а мать была домохозяйкой. У самого же юного Анатолия интерес к врачебному делу пробудился еще в школьные годы.

- К нам в поселок приехала по направлению группа молодых врачей, в числе которых был хирург – человек решительный, деятельный, отзывчивый, - вспоминает Анатолий Михайлович. – Люди обращались к нему за помощью в любое время, он никому никогда не отказывал. Своим отношением к людям он быстро завоевал доверие моих односельчан. Глядя на него, я решил непременно стать хирургом.

Первые шаги молодых врачей в хирургии всегда не слишком уверенные. Даже, несмотря на знание всех этапов операции, бывали волнение и растерянность. Хорошо, что рядом всегда находились опытные операционные сестры, которые помогали, подсказывали.

Однако приступить к осуществлению своей мечты сразу после окончания школы Анатолию Рябченко не удалось. Его отец уехал на Север на заработки, а матери потребовалось лечение в Чите. За домом должен был кто-то присматривать, поэтому Анатолий устроился мотористом в механические мастерские поселка

Ключевский, в которых ремонтировали оборудование для горнорудного предприятия, разрабатывающего недалеко от поселка россыпное золото. Проработал там больше года, получил второй разряд.

Затем последовала служба в Советской Армии.

- Служил я сначала в Хабаровске, затем под Уссурийском, - продолжает рассказ наш собеседник. – Из армейского периода мне запомнилась одна история, когда впервые пришлось принять участие в спасении людей. Однажды прошел сильный ливень, и небольшая река разлилась. Как раз в тот день я дежурил по подразделению. Поступил звонок – сообщили о том, что на реке слышны чьи-то крики. Нам поручили узнать, что случилось. В ночной темноте по подвесному мосту пришлось перебираться на противоположный берег реки. Оказалось, двое военных попытались переехать реку, но не рассчитали глубину, и автомобиль затопило. Водитель и пассажир забрались на крышу машины и стали звать на помощь.



С помощью канатов нам удалось их вытащить.

Демобилизовавшись из армии в декабре 1969 года, Анатолий Рябченко устроился слесарем на прииске "Депутатский" Якутской АССР. Однако мысли о медицине не покидали его все эти годы, и в 1970 году Анатолий поступил в Читинский государственный медицинский институт. Впервые погрузиться в медицинскую практику довелось еще на четвертом курсе обучения, когда он работал медбратом в больнице для лиц, отбывающих наказание. После окончания интернатуры по хирургии Анатолия Рябченко пригласили работать в отделение торакальной хирургии Областной клинической больницы им. В.И. Ленина.

- Были в моей жизни моменты, когда я сомневался в том,

смогу ли работать хирургом, - признается Анатолий Михайлович. – Как-то раз, когда мы еще студентами наблюдали за ходом операции, мне стало дурно. Пациенту в Железнодорожной больнице прокалывали грудную клетку для дренирования плевральной полости. Для такого оперативного вмешательства предусмотрен определенный набор инструментов, но в те времена им обладали далеко не все медицинские учреждения. В данном случае процедуру проводили хирургическим зажимом под местной анестезией. До сих пор помню тревожное поведение больного, его крики и стоны, душную операционную, напряженное вспотевшее лицо хирурга. Мое состояние тогда было предобморочным.

Несмотря на материальные трудности, получилось добиться создания центральных автоклавов для обработки хирургического инструментария в районных больницах, организовать автономное освещение операционных, открыть межрайонный медицинский центр в Петровске-Забайкальском.

Старшие коллеги, видя трепетное отношение Анатолия Михайловича к пациентам, помогли ему справиться с сомнениями в своей профессиональной пригодности. Вскоре он сам встал за операционный стол.

- Первые шаги молодых врачей в хирургии всегда не слишком уверенные. Даже, несмотря на знание всех этапов операции, бывали волнение и растерянность. Хорошо, что рядом всегда находились опытные операционные сестры, которые помогали, подсказывали, - отмечает Анатолий Рябченко.

Со временем и он научился принимать смелые решения ради спасения пациентов. Однажды в его практике был случай – привезли женщину с ножевым ранением. Удар оружия пришелся в поджелудочную железу. Анатолию Михайловичу пришлось резецировать часть железы. Старшие коллеги утверждали, что этого не надо было делать. Но операция прошла благополучно, пациентка выжила, а победителей, как известно, не судят.

- Простых операций, как и легких патологий, не бывает, - считает Анатолий Рябченко. – Мы оперировали рак легкого, желудка. Проводили сложнейшие пластические операции по удалению пищевода и замене его кишечной или желудочной трубкой. Но в большом дружном коллективе опытных хирургов работать было в радость – только смотри и учишься у них.

ХИРУРГИЯ – ЕГО СТИХИЯ

Времена тогда были непростые - зарплата врачам получали небольшие, а у Анатолия Рябченко уже имелась семья, которую нужно было содержать. Для медиков было приемлемо брать на себя дополнительные дежурства. По счастливой случайности в санитарной авиации появилась вакансия, которую предложили Анатолию Михайловичу. Он согласился и в итоге отдал санитарной авиации десять лет наряду с основной занятостью в Областной больнице.

- Это была невероятно трудная и вместе с тем интересная работа, - говорит наш собеседник. – В районах области диагностическая и хирургическая базы были ограничены, тем не менее, поначалу мы проводили операции на месте. Однако вскоре пришли к выводу, что больных нужно вывозить в специализированные областные учреждения. Для этого подготовили анестезиологическую службу. На свой страх и риск доставляли в Читу детей и взрослых пациентов. За время моей работы в санавиации мы не потеряли ни одного человека.

Оценив профессионализм и самоотдачу Анатолия Рябченко, в 1988 году его назначили главным хирургом Читинской области. Наш герой посетил все муниципальные районы, решая кадровые вопросы медучреждений, проблемы материально-технического оснащения. Тогда в центральных районных больницах, как правило, работали по одному хирургу. Разумеется, такой труд – на износ. Тогда с подачи Анатолия Рябченко усилили подготовку хирургов, чтобы в каждом райо не та к их



специалистов было как минимум два. Тогда же для Читинской области адаптировали приказ Алтайского края о поэтапном оказании медицинской помощи по хирургии, распределив медучреждения на первичные, районные и наиболее квалифицированные областные специализированные учреждения.

По словам нашего собеседника, многое из задуманного воплотить в жизнь на посту главного хирурга ему так и не удалось - денег не хватало. Тем не менее, несмотря на материальные трудности, получилось добиться создания центральных автоклавов для обработки хирургического инструментария в районных больницах, организовать автономное освещение операционных, открыть межрайонный медицинский центр в Петровске-Забайкальском.

После трех лет административной работы Анатолий Рябченко понял, что это не его стихия, и вернулся в Областную больницу на должность заведующего отделением торакальной хирургии. В 2009 году из-за проблем со здоровьем он оставил руководящий пост и до 2015 года работал торакальным хирургом.

Огромный вклад Анатолия Рябченко в подготовку молодых специалистов. Он - автор многочисленных научных статей. Его заслуги отмечены благодарственными письмами администрации больницы, Комитета здравоохранения Читинской области, министерств здравоохранения Забайкальского края и Российской Федерации. В 1995 году Анатолий Рябченко стал лауреатом премии имени В.А. Коханского, в 2001 году ему было присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Читинской области».

Анатолий Рябченко был также активным общественным деятелем. В 1990 году его избрали в состав Областного Совета народных депутатов. В 1993 году в связи с политическими переменами в стране деятельность Совета прекратилась.

Несмотря на такую насыщенную профессиональную

Положительная динамика видна уже сейчас. Возьмем, к примеру, диагностику. Анализируя истории болезней пациентов в советские годы, я часто удивлялся, как врачам удавалось правильно поставить диагноз. Сейчас даже в районах края появились компьютерные томографы, УЗИ-диагностика. Что касается оперативного лечения, то здесь тоже заметен прогресс – все активнее внедряются эндоскопические операции, после которых пациент проводит в стационаре не 30 дней, а всего десять.

и общественную жизнь, Анатолий Михайлович всегда находил время для любимого увлечения – охоты.

- У нас при больнице, можно сказать, действовало собственное охотобщество, - рассказывает наш собеседник. – Мы объехали все окрестные озера. Когда добывали дичь, когда возвращались ни с чем, но в любом случае прогулка по лесу верхом доставляла всем огромное удовольствие.

Анатолий Михайлович воспитал вместе с супругой двух сыновей, которые подарили родителям четырех внуков.

«ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНЕ СТАЛО ДРУГИМ»

Глядя на ситуацию в современной забайкальской медицине с высоты своего огромного опыта, Анатолий Рябченко утверждает, что краевое здравоохранение ожидают перемены к лучшему.

- Мне кажется, что отношение краевого и федерального Минздрава к медицине стало другим, нежели в 80-90-е годы,

- считает он. – За нынешним руководством – большое будущее! Положительная динамика видна уже сейчас. Возьмем, к примеру, диагностику. Анализируя истории болезней пациентов в советские годы, я часто удивлялся, как врачам удавалось правильно поставить диагноз. Сейчас даже в районах края появились компьютерные томографы, УЗИ-диагностика. Что касается оперативного лечения, то здесь тоже заметен прогресс – все активнее



внедряются эндоскопические операции, после которых пациент проводит в стационаре не 30 дней, а всего десять.

Радует его, как профессионала, и подготовка врачей, которые сейчас не варятся в собственном соку, а черпают знания на центральных базах страны, обмениваются опытом с коллегами со всей России.

Что касается труднодоступности медицинской помощи для жителей забайкальской глубинки, то, по мнению Анатолия Рябченко, эту проблему едва ли удастся решить в скором времени. В качестве выхода из ситуации он видит активную работу выездных бригад врачей в населенные пункты Забайкалья, а также поддерживает создание в регионе межрайонных медицинских центров. Главный же совет, который он хотел бы дать своим коллегам, кому сейчас выпало вести краевое здравоохранение вперед, помнить о том, что любые реформы нужно проводить осторожно, чтобы не навредить пациентам.

Юлия Болтаевская

Создание сети межрайонных медицинских центров, призванных обеспечить населению доступность многих видов медицинских услуг, обусловлено и географическим положением Забайкальского края, и неравномерным распределением населения, и наличием в ряде районов медицинских организаций, оснащение которых кадрами и оборудованием сегодня оставляет желать лучшего. Межрайонные центры – один из способов решения перечисленных проблем. И поскольку тема данного номера «Медицины Забайкалья» - хирургическая помощь, мы предоставляем слово руководителям медицинских учреждений, на базе которых действуют межрайонные центры, успешно оказывающие, в том числе, и хирургическую помощь жителям близлежащих районов.

МЕЖРАЙОННЫЕ ЦЕНТРЫ - ХИРУРГИЯ ОСОБОГО СТАТУСА

Оказанием хирургической помощи населению юго-востока Забайкальского края занимаются специалисты Краевой больницы №4 на базе созданного здесь межрайонного центра. О плановой и экстренной хирургической помощи, о сегодняшних возможностях и проектах на будущее - главный врач Краевой больницы №4 г. Краснокаменска Любовь ЛЕМЕНТА:



- Если больница не оказывает экстренную хирургическую помощь, то акцент естественным образом делается на плановую хирургию, и такому стационару развиваться в данном направлении немного проще. Наши врачи тоже оказывают плановую хирургическую помощь, но вместе с этим проводят в большом объеме экстренные операции, выезжают по вызовам санитарной авиации, дежурят, и всю эту разноплановую работу выполняют одни и те же доктора. При этом динамика соотношения экстренной и плановой хирургической помощи за последнее время существенно изменилась, если в 2014-2016 гг. практически 80% пациентов оказывалась экстренная хирургическая помощь, то результаты первого полугодия 2017 года

показывают, что количество плановых операций увеличилось на 15%.

В этом направлении мы планируем развиваться и дальше. Да, многие больные хирургического профиля и сегодня поступают по санитарной авиации, но перед нами задача - выявить заболевание на той стадии, когда еще можно оперировать в плановом порядке. На это и сами наши хирурги настроены, потому что оперировать экстренно - это одно, а делать хорошие плановые операции – это уже совершенно другие возможности и результаты, конечно. Чтобы изменить это соотношение, бригады наших специалистов выезжали в Забайкальский, Приаргунский, Александрово-Заводский районы, предварительно оповещали население, проводили прием и отбор больных на плановые операции в Краевой больнице №4.

В нашем учреждении для развития плановой хирургической помощи имеются все условия, есть свой сосудистый хирургический центр, и даже специалист по кардиохирургии, проктолог, урологи, травматологи, гинекологи, которые тоже оперируют. Хотелось бы, чтобы к ним присоединились узкие специалисты – челюстно-лицевой хирург, лор, окулист, но это пока только наши планы. Недавно прошли обучение специалисты по урологии, по детской хирургии, поэтому не только взрослые пациенты, но и дети будут оперироваться в плановом порядке. В будущем собираемся проводить высокотехнологические операции по урологии, и по некоторым другим специальностям, которые вполне можно выполнять здесь,



на месте. Потенциал для такого развития есть, и сейчас нам нужно для начала достигнуть того, что у нас было раньше, и идти дальше, развиваться.

Сегодня мечтаем о том, чтобы заменить устаревший инструментарий и кое-что из оборудования, в последнее время нам было не до этого - весь прошлый год мы гасили кредиторскую задолженность, но сейчас этот период позади и мы можем подумать и о других расходах.

Но самое главное в этих планах – специалисты. Если доктору неинтересно, то и никаких новых операций он проводить не будет, поэтому врачу нужно обязательно дать возможность расти профессионально – отправлять на учебу, на семинары и конференции, ведь даже просто общение с коллегами дает толчок в развитии. Радует, что за последние годы в нашей больнице меньше всего пострадала в кадровом отношении хирургическая служба. У нас и сегодня подготовленные опытные специалисты: заведующий хирургическим отделением Сергей Андрейченко, проктолог Александр Абуров, заведующий операционным отделением, генератор идей Виктор Туранов, заведующий травматологическим отделением Алексей Васильченко, супруги Берины – Ольга и Сергей, она – заведующая отделением гинекологии, он – урологическим отделением. Под их руководством набираются опыта молодые доктора, и хотя женщинам трудно в хирургии, есть у нас даже девушки, которые тоже показывают неплохие результаты. И очень важно, чтобы эта группа единомышленников продолжала работать и дальше - вместе можно сделать многое.

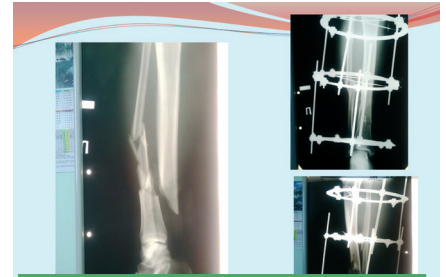


В «зону ответственности» травматологического центра второго уровня, действующего на базе хирургического отделения Агинской окружной больницы, входят Агинский, Могойтуйский, Дульдургинский, Оловянинский и Ононский районы Забайкальского края. О хирургическом направлении работы центра рассказывает главный врач Агинской окружной больницы Цырен ЦЫРЕНОВ:

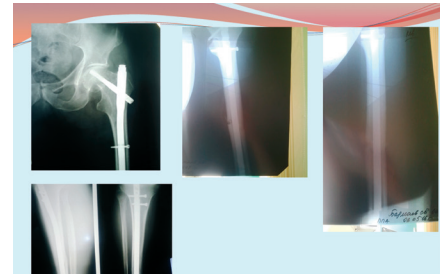
- Среди последних достижений наших специалистов - операции с применением малоинвазивных технологий, теперь они - ежедневная работа хирургов Агинской окружной больницы. Такие вмешательства выполняются из небольших разрезов, зачастую без вскрытия зоны перелома, это позволяет существенно сократить время пребывания больного в стационаре до и после операции, уменьшает кровопотерю, значительно улучшает послеоперационные функциональные результаты и сокращает реабилитационный период. В широкую практику наших хирургов вошло оперативное лечение переломов различной локализации с применением фиксаторов отечественного и импортного производства. Врачи-травматологи внедрили и освоили новый метод - функциональный малоинвазивный остеосинтез под интраоперационным контролем с применением набора интрамедуллярных конструкций и инструментов.

За время функционирования центра выросло количество

малоинвазивных операций на грудной клетке, брюшной полости, больничная летальность среди пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях снизилась с 7,4% в 2015 году до 4,2% в 2016 году, а за первое полугодие нынешнего года летальности не зарегистрировано. Уменьшить число тяжелых последствий у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях позволила организация работы центра: полное обследование выполняется в течение первого «золотого» часа, проводится МСКТ-исследование, рентгенологическая диагностика, УЗИ-исследование, лабораторное обследование, пациента осматривают специалисты, оказывается своевременная специализированная медицинская помощь, в том числе - и оперативное лечение.



Операция – металлоостеосинтез перелома костей голени аппаратом внешней фиксации (Илизарова).



Операция – металлоостеосинтез перелома шейки бедра блокируемым штифтом.

Серьезное подспорье в работе наших докторов, в том



числе, и хирургического профиля, - оборудование, которым оснащен центр: мультиспиральный компьютерный томограф, передвижная хирургическая рентгеновская система, позволяющая проводить операции на внутренних органах и костно-суставной системе под интраоперационным рентгеновским контролем, эндоскопическая видеостойка, стационарный УЗИ-аппарат экспертного класса, передвижной УЗИ-аппарат экспертного класса, аппарат искусственной вентиляции легких и др.

Травмацентр возглавляет врач-хирург высшей категории Игорь Митупов, хирургическую помощь оказывают врач-хирург, два травматолога-ортопеда и три анестезиолога-реаниматолога. Семь наших специалистов прошли обучение на тематическом цикле усовершенствования на базе Российской медицинской академии последипломного образования в Москве: два врача-хирурга, врач-травматолог, анестезиолог, врач ультразвуковой диагностики, рентгенолог, врач скорой медицинской помощи.



Краевая больница №3 одной из первых вошла в проект Министерства здравоохранения Забайкальского края по созданию на базе медорганизаций, обладающих хорошей материально-технической базой и квалифицированным персоналом, медицинских центров. Опыт работы межрайонного центра в хирургическом направлении делится главный врач Краевой больницы №3 Николай ГОРЯЕВ:

- Межрайонный центр плановой хирургии нашей больницы рассчитан на 50 коек, ежегодно здесь проводится хирургическое лечение более чем 2000 пациентов из Шилкинского, Нерчинского, Балейского, Сретенского, Чернышевского, Могочинского, Тунгокоченского, Могойтуйского районов. Каждый год врачи КБ №3 выполняют более 1500 операций, из которых более 80% - высокой категории сложности. По данным 2016 г. хирургическая активность наших специалистов составила 82,4.

В перечне проводимых оперативных вмешательств – операции на желудочно-кишечном тракте, в том числе лапароскопические и реконструктивные, на щитовидной железе, сосудах. На счету первомайских хирургов - большое количество травматологических операций с использованием современных технологий – рентгенохирургической установки S-дуга, с применением современных расходных материалов для металлоостеосинтеза. В арсенале наших докторов и урологические операции: аденомэктомии, ТУР предстательной железы, пластические операции на мочевыводящих путях, операции при недержании мочи у женщин, контактная литотрипсия при мочекаменной болезни; травматологические вмешательства с использованием современных технологий, а также в полном объеме - оториноларингологические операции.

Широко используют хирурги КБ №3 малоинвазивные методики: лапароскопические операции, операции из мини-доступа, видеоэндоскопические вмешательства. В прошлом году возросло количество и спектр

выполняемых малоинвазивных операций на органах брюшной и грудной полости с использованием эндовидеохирургического комплекса.

Хороших результатов позволяют достигать технологии электрохирургического заваривания тканей, применяемые нашими специалистами в разделах хирургическая гастроэнтерология, проктология, онкология, хирургическая эндокринология. Данная методика делает более надежными наложение анастомозов и соустьев, на 35% снижает время операции, сокращает сроки послеоперационного пребывания больного в стационаре. При помощи рентген-хирургической установки выполняются рентген-инвазивные, высокотехнологичные операции и диагностические манипуляции в ангиохирургии, гастроэнтерологии, травматологии, урологии, торакальной хирургии и онкологии.



Около года действует на базе нашей больницы травмацентр II уровня для оказания медицинской помощи в случаях сочетанной, множественной и изолированной травмы при дорожно-транспортных происшествиях, падениях с высоты, огнестрельных и взрывных травмах, тяжелых производственных травмах, ножевых ранениях, электротравмах, тяжелых термических поражениях, массовых несчастных случаях, механических асфиксиях. Большинство пациентов с такими травмами также нуждаются в хирургической помощи.

Кроме того, огромную помощь специалистам хирургического профиля, в том числе и краевого уровня, оказывает участие наших специалистов в пилотном проекте по улучшению организации оказания медицинской помощи больным с подозрением на злокачественные заболевания. Такие пациенты направляются на обследование в КБ №3 из Сретенского, Нерчинского, Чернышевского, Балейского районов, а с начала нынешнего года – еще и Тунгокоченского, Шелопугинского, Сретенского, Могочинского районов. В течение 4-5 дней все они проходят полное диагностическое обследование, кроме того, определяется дальнейшая маршрутизация каждого пациента.

Подготовила Ирина Белошицкая



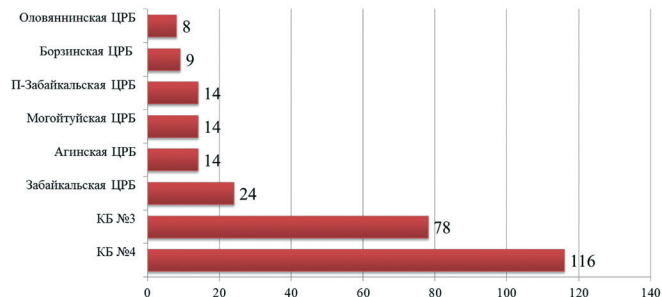
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ – ВЫХОД НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ

Малоинвазивная хирургия – один из основных путей прогресса современной хирургии в целом, перспективный метод, который может во многих случаях заменить открытые методы проведения операций. Сегодня эндохимию уже можно по праву относить к разделу общей хирургии – практика показывает, что около 80% нозологий должны оперироваться только лапароскопически, поскольку такие операции легче переносятся пациентами, сокращается реабилитационный период, имеется возможность обнаружить во время операции другие патологии и провести их лечение.

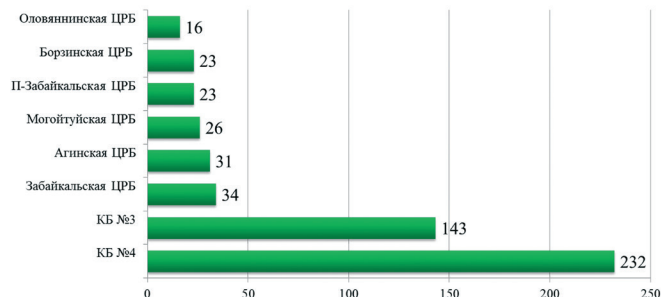
Количество лапароскопических вмешательств растет не только в медицинских учреждениях краевого центра, но и в районах края, прослеживается положительная динамика, расширяется спектр операций и диагностической помощи: желчно-каменная болезнь, аппендэктомии в экстренных случаях, дренирование кист поджелудочной железы, почек, печени, операции Стронга, вмешательства при абдоминальном синдроме, закрытых травмах живота, ножевых ранениях брюшной полости, при диагностике торако-абдоминальных травм и др.

Сергей МЯСНИКОВ,
консультант по хирургии Министерства здравоохранения Забайкальского края

РАБОТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ЗА 2016 г.

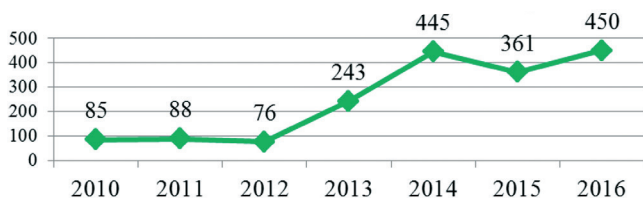


РАБОТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2017 г.

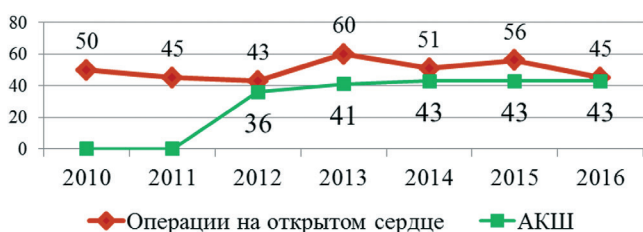


ДИНАМИКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (2010-2016 гг.)

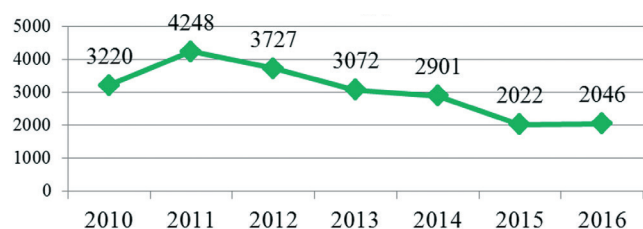
КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ



ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ



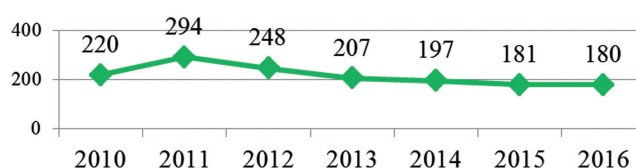
ИМПЛАНТАЦИЯ ХРУСТАЛИКОВ



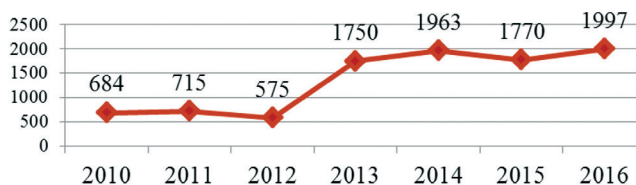
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ



ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ



КОРОНАРОГРАФИЯ



ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ



УЛЕТОВСКАЯ ЦРБ: ПЕРЕМЕН ЖДАЛИ ДАВНО

Левое «плечо» Улетовского района, расположенного на юго-западе Забайкальского края, составляет 120 километров – от Улет до села Ленинского, правое, до Куки - 70. Вся эта территория – зона ответственности Улетовской ЦРБ, рассчитанной сегодня на 99 коек. В ее структуре – две участковые больницы, одна амбулатория и 20 ФАПов. О том, как работает сейчас центральная районная больница, о переменах в жизни ее коллектива, проблемах и достижениях рассказывает главный врач Улетовской ЦРБ Александр МИГУНОВ:



Обновленная поликлиника

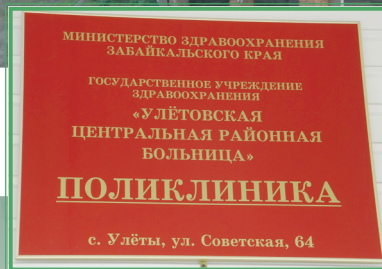
ПЕРЕМНЫ - ЛЕКАРСТВО ДЛЯ РОСТА

Улетовская районная больница – одна из тех, где в последнее время ситуация заметно изменилась к лучшему. Сюда приезжают молодые специалисты, проводится ремонт, строятся планы на будущее по освоению в стенах родной больницы новых медицинских технологий. Здесь дружный коллектив, заинтересованные специалисты и молодой главный врач, нацеленный на результат.

- Такое ощущение, что изменилось самое отношение к работе, появилась заинтересованность. В последнее время у людей глаза загорелись, возродилась какая-то надежда на завтрашний день. Больница поднимается с колен, благодаря нашим общим усилиям, благодаря помощи краевого Министерства и местной администрации – в одиночку мы не смогли бы все



Раньше здание поликлиники выглядело так...



Столкабинет: что было



Тот же кабинет сегодня

это реализовать, - объясняет главный врач Улетовской ЦРБ Александр Мигунов.

Одно из масштабных дел, реализующихся сегодня в ЦРБ - ремонт помещения поликлиники. Здание, где она расположена, нуждалось в нем давно, поскольку построено в 1926 году. Около года назад Правительство Забайкальского края поручило министерству территориального развития региона разработать проект поликлиники для Улетовского района на 200

посещений в смену. И земельный участок под строительство, расположенный рядом со стационаром, уже выбран. Только вот пока она будет строиться, население поселка и района ежедневно будет нуждаться в медицинской помощи. Решено было прибегнуть к временным мерам – привести в порядок старое здание, а ремонтные работы полностью завершить уже в ноябре. Сегодня старое помещение поликлиники преобразуется на глазах – в процессе ремонта выполнена ревизия, заменены стропила, обрешетки крыши, кровли, потолочных перекрытий, участки нижних венцов, двери, окна, выполнена подливка фундамента, обшты и утеплены металлопрофилем стены. Кроме того, накануне грядущих холодов проведен ремонт системы отопления и установлено оборудование для видеонаблюдения. Главный врач отметил, что ремонт выполняется собственными силами ЦРБ, на его проведение затрачено свыше трех миллионов рублей:

- Раньше регистратура в нашей поликлинике представляла собой небольшое окошечко в стене, на что министр здравоохранения Сергей Давыдов в первое же свое посещение сказал: неприемлемо. Было получено задание - увеличить регистратуру до четырех окон, что мы и сделали за неделю. Полностью поменяли лицевую часть регистратуры, организовали свой колл-центр, теперь у нас



оператор постоянно на связи с пациентами, - рассказывает Александр Владимирович. - А в ближайшее время собираемся организовать работу холл-менеджеров, которые будут встречать, провожать, отвечать на вопросы пациентов. При нашей специфике это тоже очень важно - население у нас, в основном, пожилого возраста. Если молодые пациенты могут воспользоваться интернетом, то с людьми преклонных лет, особенно если они приехали из дальних сел, очень непросто - возможность посещать больницу у них выпадает нечасто в силу отсутствия транспортной доступности, и когда за один день им нужно по максимуму успеть сдать анализы и посетить нескольких специалистов, то порой у них начинается легкая паника. Вот эти моменты и будут решать холл-менеджеры. Есть планы и по организации работы кабинета доврачебного приема, нацеленного, прежде всего, на неотложную помощь. Наш ведь российский менталитет какой? Будем сидеть дома, пока окончательно не прижмет, а если уж к врачу - то на носилках, иначе никак. Не всегда человек может объяснить регистратору, не имеющему медицинского образования, свое самочувствие и цель посещения. Вот и сталкиваемся иногда со случаями недооценки серьезности состояния, а пациент с острой болью вынужден ожидать в общей очереди. А он должен направляться в кабинет доврачебного приема, где с ним будет работать фельдшер, определять объем необходимой помощи и дальнейшую маршрутизацию.

Еще здесь, в Улетовской больнице, планируют решить

проблему с пищеблоком - на сегодняшний день его состояние оставляет желать лучшего, а находится он в приспособленном помещении:

- Вместе с главой местной администрации Сергеем Савиным мы нашли вариант размещения пищеблока в типовом помещении столовой закрытого недавно профтехучилища. Здание в хорошем состоянии, даже с ремонтом - заезжай, электрику подключай и работай, даже духовые шкафы остались - раньше здесь собственноручно хлеб выпекали. Мы уже закупили новые плиты и другое оборудование, и даже придумали, как решить вопрос с альтернативным источником приготовления пищи - больница все-таки стратегический объект, и вариант отключения света должен быть обязательно предусмотрен. Вариант приобретения дизельной станции из-за нестандартной мощности плит отпал, решили сложить обычную печь из красного кирпича - благо есть, что разобрать, и кирпич там очень качественный, который, в отличие от современного, прогорающего, пригоден для кладки печей.

ДЕЛАЕМ СТАВКУ НА МОЛОДЕЖЬ

За время действия программы «Земский доктор» в Улетовский район прибыло 33 молодых специалиста (показатель обеспеченности врачебными кадрами 23,7 на 10 000). Первым «земским доктором» в районе стал сам нынешний главный врач Александр Мигунов, бывший тогда еще врачом-хирургом. Отработал пять лет в хирургическом отделении, а затем согласился на предложение попробовать себя в роли начмеда. Год назад - возглавил больницу.

- С этого момента я старался делать все, чтобы кардинально поменять саму систему организации работы в больнице. Это было необходимо - учреждение страдало от колоссального оттока кадров. Вопрос с докторами мы решили за полгода - стационарное звено закрыли полностью, амбулаторно-поликлиническое - почти, обучим еще одного специалиста по онкологии, тогда будет полный комплект. Сегодня у нас есть даже детский хирург, наш доктор прошел обучение и по детской эндокринологии - а таких специалистов в крае совсем немного. Зато теперь жителям Улетовского района не нужно возить своих ребятишек на прием к эндокринологу в Читу. Решили мы и самую большую нашу проблему - обучили специалиста, занимающегося торгами и закупками, теперь эти сложности остались в прошлом, - рассказывает о решении кадровых вопросов Александр Мигунов. - Мы с супругой стали одними из первых участников программы «Земский доктор» в крае, ну и в районе тоже. Затем в район потянулись и другие молодые врачи - участники программы. Сегодня уже практически все наши «земские доктора» отработали положенные пять лет (за исключением тех, кто находился в это время в декретном отпуске), и никто пока, слава Богу, не изъявил желания уехать.

Старую схему распределения обязанностей и оплаты за работу здесь пересмотрели радикально - изменили коллективный договор, внесли новые положения по стимулирующим выплатам, для персона-



Александр Мигунов

ла ввели эффективные контракты. На сегодняшний день оплата труда в больнице максимально прозрачна:

- Все работники точно знают, сколько они заработают, и какой объем работы должны для этого выполнить. Не возникает непонимания, если вдруг нужно отработать в выходной день – каждый знает, что его труд будет оплачен. И человек удовлетворен, что за свою работу он получает достойную заработную плату, и администрация довольна, что показатели выполняются. Когда переводили на эффективные контракты - начали с докторов, затем перешли на средний, младший и прочий персонал, а потом и водителей перевели на контракты.

Если вопрос с нехваткой врачей в Улетах решили быстро, то со средним и младшим медперсоналом все оказалось сложнее – в больнице эти работники, в основном, пенсионного и предпенсионного возраста, а молодежь заманить в села проблематично, сразу ставятся три условия: зарплата, благоустроенное жилье и культурный досуг.

- Спрашивают даже, имеются ли у нас



плановой тоже не отстаем - все хирурги четко знают свои нормативы, к которым нужно стремиться. Если раньше хирургическая активность отделения была 30-33%, то сегодня она достигает 58%. И, надеемся, что к концу года будет за 60%, потому что хирурги у нас молодые и активные, охотно самообучаются и саморазвиваются, набирают руку, не боятся работать. Постоянно общаются со старшими коллегами, плотно работают с хирургами санитарной авиации. Если говорить о плановой хирургической

помощи, то, в основном, наш профиль – это всевозможные грыжи. Доктору Андрею Кузьмину уже можно кандидатскую диссертацию по грыжам защищать – он операцией грыжесечения владеет мастерски, использует и аллотрансплантаты, и искусственные ткани. Ограничивает спектр плановых операций в нашей ситуации отсутствие у молодых специалистов сертификатов по смежным специальностям, решим со временем эту проблему – можно будет думать и о травматологических операциях, и о работе с сосудами, - настроен оптимистично Александр Мигунов. – Кроме того, в арсенале наших хирургов холецистэктомии, кросэктомии, липомэктомии, различные переломы.

ночные клубы, и как часто сейшены проводятся, ну что тут ответить? – улыбается главный врач. – Сейшенов мы, конечно, не обещаем, но во время «ярмарки вакансий», проходившей в Читинском медицинском колледже, где мы принимали участие вместе с главой районной администрации, рассказали об имеющихся «плюсах» работы в Улетах. Глава предложил варианты решения жилищного вопроса, я, в свою очередь, рассказал об имеющихся вакансиях, о заработной плате и об эффективных контрактах. Интерес к нашим предложениям был, да и с объявлениями работаем, с аптеками – нам бы еще двух фармацевтов нужно привлечь в район. Что касается обеспечения специалистов жильем, то руководство района рассматривает возможности строительства жилых домов для медицинских работников, недавно одного из докторов мы заселили в квартиру нашего бывшего специалиста, решается вопрос о выделении средств на ее приобретение. Рассматривается также вариант сотрудничества с районной администрацией в отношении съемного жилья: они подыскивают варианты квартир, проводят ремонт, мы заселяем специалиста и оплачиваем ему половину жилья.

ХИРУРГИЯ – ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ

Будучи по специальности хирургом, молодой главный врач уделяет хирургической службе больницы особое внимание. Для начала – полностью укомплектовал ее врачебными кадрами, сегодня в Улетовской ЦРБ работают пять хирургов.

- Что касается работы хирургической койки – то больница у нас, по большому счету, urgentная, в основном оказываем экстренную хирургическую помощь. Но и в выполнении





двух специалистов. То же самое и с травматологом. Даже организация амбулаторного приема для травматологических пациентов – это уже достижение, потому что ехать такому больному за тридевять земель или посетить травматолога здесь, в районе - огромная разница.

- С приходом на должность главного врача времени на то, чтобы оперировать, уже не оставалось. Но я не теряю надежды: вот поставим работу на поток, отладим все, что наметили, я продлю сертификат и буду хотя бы раз в неделю ходить в операционную – хочу взять пример с нашего министра, - делится Александр Владимирович планами на будущее. - Я хирургию очень люблю, без операционной мне как-то тоскливо, потому что моральное удовлетворение после хорошо сделанной хирургической операции - это ни с чем сравнить нельзя. Я и сейчас несколько раз в неделю делаю обходы по отделению, захожу в палаты, общаюсь с коллективом и с пациентами – очень хорошо помогает держать ситуацию на контроле.

ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ – РЕЗУЛЬТАТЫ, КОТОРЫХ ЖДУТ ЛЮДИ

Сегодня коллектив Улетовской ЦРБ принимает активное участие во всех программах, которые реализуются в краевом здравоохранении:

- Хорошо пошла работа по реализации программы «Координаторы здоровья» - мы задействовали не только Улеты, но и периферию района – местные фельдшеры активно взялись за дело. Этот проект очень хорошо нам помог в организации проведения диспансеризации выездными бригадами - когда фельдшеры и медсестры начали тесно общаться с народом, курировать пациентов, информация о диспансеризации очень быстро распространилась среди жителей дальних сел, и к каждому приезду выездной бригады население было уже полностью готово. В прошлом году, например, летние месяцы у нас были провальными по диспансеризации, а в этом году в летнее время темп диспансеризации не только не снизился, но и шел с приростом. Выездные бригады уже побывали в Хадакте, в Черемхово, в Арте, Аблатуйском Боре, Аблатукане, Доронинском, Николаевске, Танге. К тому же в последнее время в районе работал еще и передвижной флюорограф, который нам предоставили на месяц коллеги из соседнего Хилокского района, это дало нам возможность провести обследование жителей наших отдаленных сел, - рассказывает главный врач.

Совершенствуют в Улетовской ЦРБ и работу службы скорой помощи. Из-за кадрового дефицита фельдшеров здесь пришлось объединить бригады скорой помощи николаевского и ленинского участков, которые находятся в стороне от федеральной трассы.

- Мы посчитали целесообразным объединить их на базе села Танга, которое расположено на федеральной трассе, обеспечив тем самым 20-минутное прибытие на любую из этих участков. И даже сформировали круглосуточную бригаду, хотя раньше фельдшеры у нас работали только с 16 до 8 часов утра, потому что просто физически не могли обеспечить круглосуточное дежурство. Дополнительно организовали еще и неотложные бригады на местах, состоящие из фельдшера и водителя. Если бригада «скорой» выезжает на ДТП, либо на отдаленный участок, то фельдшер с водителем решают возникшие проблемы, как бригада неотложной помощи. Аналогичная ситуация сложилась у нас в Дровяной и пос. Горном – в первой нет специалистов, во втором все они в данный момент находятся в отпусках по уходу за ребенком. Пока временно объединим бригады, а когда решится вопрос с фельдшерами – все вернем на места. По нормативу положена одна бригада скорой помощи на 10 тысяч населения, а у нас такое количество жителей распределено на расстоянии от Артеа до Улет, при этом «плечо» обслуживания очень большое – такая уж местная особенность. И если из Улет «скорая» увозит пациента в Читу, то бригада отсутствует, как минимум, четыре часа. Хорошо еще, что большинство сел Улетовского района расположены, в основном, вдоль федеральной трассы и дороги здесь в хорошем состоянии.

Совсем скоро автопарк Улетовской районной больницы пополнится автомобилем УАЗ «Патриот», при его изношенности, составляющей 86%, это немаловажно. Тем более, что Улетовский район - близко расположенный к Чите, и, согласно маршрутизации, все больные с подозрением на инфаркты и инсульты, а также пострадавшие при ДТП, должны доставляться отсюда в региональный сосудистый центр и травмацентр первого уровня. Будут здесь и другие пополнения материально-технической базы: современный аппарат УЗИ, например.

- Если раньше определять пути решения любой проблемы было прерогативой главного врача, то сегодня мы все вопросы решаем коллективно. Вот назрела тема ремонта родильного отделения – его сотрудники обязательно делятся своими предложениями, рассказывают, как было бы лучше для них и как это эффективнее и разумнее всего реализовать, - рассуждает Александр Мигунов. - Так как я молодой главный врач, то прислушиваюсь и к своим специалистам, и к коллегами из других районов и краевого центра, обращаюсь за советами и помощью – никто никогда не отказывает. Даже будучи в отпуске, иду сюда, в больницу: такое чувство, что не могу дома усидеть и оставить ее хотя бы на день...

Ирина Белошицкая



ТЫСЯЧА И ОДНА ОПЕРАЦИЯ ВИКТОРА ТУРАНОВА

- Рождаются хирургами или становятся? Думаю, все-таки становятся, потому что знаю немало людей, которые в начале своего профессионального пути вообще не помышляли о хирургии. Но жизнь сложилась так, что пришлось заниматься именно этим направлением, и постепенно они вошли в тему, стали замечательными хирургами. А бывает наоборот, человек мечтает оперировать, но в хирургии, кроме желания, знаний и ума, нужны еще и руки. Хирургия – это ведь по сути своей рукоделие плюс постоянная практика, - говорит Виктор Павлович Туранов, заведующий операционным отделением, главный внештатный хирург Краевой больницы №4 г. Краснокаменска. - Если руки от Бога – то это в хирургии первая гарантия того, что человек в профессии будет на своем месте. И, конечно, он должен хотеть работать, потому что если ленивый - то он ленивый всю жизнь и в любой специальности. В хирургии тоже вполне применим принцип: не можешь – научим, не хочешь – заставим. Но это поначалу, а дальше - если уж проявится талант, значит, будет толк. Ну, а если нет, ничего не поделаешь – не судьба, значит, других учить надо...



- Вот приехал молодой специалист на место работы – не бейте по рукам, нужно обязательно дать ему возможность оперировать самостоятельно, скальпель в руках держать. Но при этом быть рядом с ним, чтобы, не дай Бог, не «вляпался», вовремя подсказать и помочь в трудной ситуации, - рассуждает доктор Туранов о том, как заинтересовать молодых коллег, привлечь их в хирургию. – Это в профессиональном плане, а в социальном – что не менее важно - квартирой нужно обеспечить, конечно, тогда и уезжать не захочет. Если дом есть, с семьей все в порядке, да ко всему еще и работа по душе, что еще в жизни нужно?

Сам Виктор Туранов пришел в медицину в 1978 году, после окончания Иркутского мединститута, и сразу в больницу г. Краснокаменска, где и работает с тех пор уже практически 40 лет. Родился в поселке Чернышевск, в детстве, как многие сверстники в те годы, мечтал стать летчиком. А уже потом, по мере взросления, начал больше смотреть на тех, кто был рядом, в том числе и на людей в белых халатах. Одним из таких примеров стал для него ныне покойный доктор Александр Борчанинов, много лет возглавлявший региональный Центр медицины катастроф. Он учился в этой же школе,

По его словам, для хирургии Краснокаменска это сегодня актуальная тема, ведь за несколько лет оптимизации в Краевой больнице №4 произошел ощутимый отток специалистов. Сейчас ситуация понемногу выправляется, приезжают молодые доктора, которые постепенно втягиваются в работу. А условия здесь выгодно отличаются от многих других районов Забайкалья – и уровень учреждения на порядок выше, и молодым врачам действительно предоставляют жилье.



только на два года старше, занимался спортом, а потом поступил в мединститут. И поскольку у мальчишек в таком возрасте нередко бывают маленькие кумиры, он и сыграл для Виктора решающую роль в выборе будущей профессии. Сегодня в послужном списке Туранова – и высшая квалификационная категория по онкологии, и высшая категория по хирургии, и работа врачом-эндоскопистом, и 10 лет в должности заведующего хирургическим отделением, плюс еще 10 лет – начмедом. Кроме того, уже более 20 лет Виктор Туранов является главным внештатным хирургом Краевой больницы №4, а сегодня - еще и заведующим операционным отделением.

- Работа у хирургов нашей больницы всегда сложная, стационар дежурит круглосуточно, семь дней в неделю, ежедневно и круглогодично, поэтому такого различия - дежурная смена или более спокойные дни – для наших докторов просто не существует. К тому же больница обслуживает девять близлежащих районов. Стараемся не забывать и о том, что кроме экстренной помощи во время постоянных дежурств нужно совершенствоваться и оказание плановой помощи – в ней наши пациенты и пациенты из районов нуждаются ничуть не меньше, - рассказывает Виктор Павлович.



Сегодня здесь, в Краснокаменске, организованы выездные бригады, которые выезжают в близлежащие районы и работают рука об руку с местными хирургами. Пока в большей степени плановых пациентов доктора из Краснокаменска берут на себя, но постепенно, учитывая кадровую ситуацию в каждом из районов, будут помогать коллегам увеличивать количество и линейку плановых операций.

- Если раньше в больнице было 223 хирургических койки, то за последние годы их количество сократилось почти в половину – теперь только 130. Сейчас понемногу наращиваем количество оперативных вмешательств, стараемся ориентироваться на цифры прежних лет, когда ежегодно проводилось 5,5-6 тысяч операций в стационаре и еще 3,5 тысячи амбулаторных, что для нашей больницы было, в принципе, достаточно, да и районы мы тоже обеспечивали – ни на какие виды операций очередей не было. В прошлом году по инициативе министра здравоохранения края вновь открыли в больнице урологическое отделение, есть планы по расширению детской хирургии – в том усеченном виде, в каком она представлена у нас сейчас, потребности краевого учреждения она не удовлетворяет. Специально для этого обучили еще одного доктора. Эндопротезирование хотим расширить, а также надеемся на открытие со временем своего сердечно-сосудистого центра, где можно будет проводить операции на сосудах, на каротидах, заниматься установкой кардиостимуляторов. Уже даже докторов заблаговременно подготовили: наш заведующий отделением, сосудистый хирург Сергей Андрейченко, прошел обучение по ультразвуковому исследованию сосудов, еще один доктор закончил клиническую ординатуру в Томске по сердечно-сосудистой хирургии, - делится планами краснокаменских хирургов Виктор Туранов.

Виктор Павлович настроен на перемены к лучшему, считает, что для них сегодня есть все основания – и перемены в руководстве учреждения, и в руководстве краевого

здравоохранения. К тому же в местную муниципальную власть на предстоящих выборах тоже пойдут кандидаты от больницы, которые – в это очень верят коллеги – непременно будут отстаивать интересы медицины города и района.

- Самым напряженным, а, значит, и интересным был для нас период с 2009 по 2012 годы – многие краевые мероприятия проходили у нас, на краснокаменской земле, в том числе - непосредственно связанные с хирургией: и конференции, и третья спартакиада хирургов также проходила у нас. Сегодняшнее время тоже как оттепель: в мае провели масштабную хирургическую конференцию «Фестиваль хирургии» - мероприятие очень нужное, особенно для хирургов из районов; приняли участие в конференции и IV спартакиаде хирургов, проходившей в августе в Первомайске.



Коллеги о Викторе Туранове говорят охотно: и молодые доктора, которым он никогда не отказывает в помощи, и врачи из районов - для них он в любое время на связи, и руководители, отмечающие энергичность и неутомимый характер доктора Туранова. А главный врач Краевой больницы №4 Любовь Лемента, рассказывая о чете Турановых, упоминает еще и заслуги супруги Виктора Павловича, Любови Вячеславовны, которая будучи методистом, руководит в КБ №4 учебным центром для медицинских работников со средним медицинским образованием – кстати, единственным, расположенным в районах края. По словам главного врача, инициативность и умение творчески подходить к работе – это семейная черта Турановых.

- Сколько операций провел за 40 лет? Если судить по отчетам, за год выходило обычно 350-400, вот и посчитайте, сколько это составило за 40 лет. Сейчас немного меньше оперирую - все-таки молодых докторов учить нужно, поэтому иногда для этого рядом стою, ассистирую, подстраховываю. Много всего было за эти годы, всего и не вспомнишь. Правда, вот одним из первых, когда еще совсем молодым был, оперировал такого же молодого парня, попавшего к нам на четвертые сутки с тромбозом магистральных сосудов – рыжего-рыжего. Сколько мы с ним блись – не опишешь, и хотя все закончилось тогда благополучно, к рыжим пациентам с суеверной опаской отношусь до сих пор. Да и вообще думаю, что у каждого хирурга со стажем историй из практики наберется даже не на статью в журнале, а на целую книгу, такую вот хирургическую «Тысячу и одну ночь»...

Ирина Белошицкая

ХИРУРГИЯ В ЗАБАЙКАЛЬЕ. «ПЕТРОВСКАЯ» ШКОЛА

На протяжении многих лет в больнице города Петровск–Забайкальского, стоящего практически на границе Забайкальского края и Республики Бурятия, складывалась и формировалась своя, особая хирургическая служба высочайшего уровня. Попробуем разобраться, почему именно здесь, а не в каком-то другом из тридцати районов Забайкалья сложилась такая уникальная ситуация, ведь многие врачи, прошедшие «петровскую школу хирургии», взяли в дальнейшем высоты российского и мирового уровня. Однозначного ответа на этот вопрос нет. Судьба? Но ведь именно хирурги не особо верят в судьбу, предпочитая таким размышлениям ежедневный, кропотливый труд, бессонные ночи и бесконечные дежурства. Наверное, здесь скорее подходит термин «человеческий фактор». Ведь именно неординарные, талантливые люди определили на много лет тот факт, что хирургия города Петровск–Забайкальского знала небывалый подъем и звучала не только на сибирском, но и на советском и российском уровне.

Первая типовая хирургическая больница на 50 коек в Петровске-Забайкальском открылась в 1928 году, в 1939-м главным врачом был назначен **Максим Старосельский** – будущий главный хирург области, заслуженный врач РСФСР. А в 1941 году, после его отъезда в Читу для работы в эвакогоспиталях, больницу возглавила его супруга **Ксения Корнакова**, ставшая впоследствии известным всему Забайкалью хирургом и онкологом.

В числе первых в большой хронологии «петровской школы» хочется назвать **Александра Шалимова**, легендарного хирурга, а в дальнейшем – одного из основателей хирургической школы на Украине. Он родился в 1918 году в Липецкой области, окончил школу и рабочий факультет при Кубанском мединституте, а после окончания в 1941 году лечебного факультета этого вуза был направлен хирургом в Читинскую область. Пять лет работал в Нерчинском заводе, на границе с Китаем. О работе в эти годы – в воспоминаниях самого Шалимова: «Шла война. Почти всех врачей забрали на фронт. Я, молодой хирург, был один на весь район. 300 километров от железной дороги, 700 километров от областного центра. Направить больного просто некуда. Мне приходилось делать все операции — и по скорой помощи, и плановые. Конечно, тогда я ещё многого не знал. В таких случаях сначала изучал литературу, которая была у меня, потом отработывал операцию на трупах, затем — на собаках. И только после этого оперировал людей. Приходилось оказывать помощь и бойцам погранотряда — тогда на границе часто случались перестрелки. А это уже военнопольная хирургия. В течение первого года я уже отработал и делал резекцию желудка. Скоро молва обо мне дошла до областного центра. Из Читы приехал главный областной

хирург. Я в это время делал очередную резекцию желудка. После операции он сказал, что видел меня в работе и что мне здесь делать нечего. В Петровске-Забайкальском, районном центре Читинской области, втором городе после Читы, не было ни хирурга, ни гинеколога. Отделения есть, а врачей нет. Он предложил мне должность заведующего этими двумя отделениями. Я согласился. Межрайонный центр, в котором работал, обслуживал четыре района. Оперировал днём и ночью: днём оперировал людей, ночью — отработывал новые операции на трупах, собаках, кроликах. Так проработал до 1946 года». Коллеги помнят старый операционный журнал, где рукой Шалимова был отражен ход всех его операций.

Хирургический талант Александра Шалимова был высоко оценен в Советском Союзе: доктор медицинских наук (1958г.), профессор (1961г.), организатор Киевского НИИ клинической и экспериментальной хирургии. Без сомнения, работа в Петровске–Забайкальском запомнилась ему на всю жизнь. Из воспоминаний моего однокурсника Юрия Коннова (выпуск ЧГМИ 1985 года, главный хирург Забайкальской железной дороги, сегодня – заместитель начальника Забайкальской дирекции здравоохранения): «Летом 1988 года после симпозиума в Улан-Удэ Александр Шалимов приехал в Петровск, искал могилы своих родственников. Посетил больницу, встретился с коллективом. Отцу Анатолию Ивановичу подарил и подписал книгу. Попросил встречу со своей операционной сестрой. Было очень трогательно, когда они, близкие люди и коллеги, не встречавшиеся полвека, обняли друг друга. Шалимов подарил ей заранее купленные духи...».

Следующие герои очерка, не побоюсь сказать



Хирург-легенда
Александр Шалимов



А.А. Шалимов



Хирурги Петровска-Забайкальского



Слева направо: Анатолий Коннов, Георгий Жерлов, хирург Андриевский



Академик Дамбаев



Георгий Дамбаев (справа) на конференции в Чите, 2007 год

– «звездный дуэт». Два Георгия, Жерлов и Дамбаев, два человека, которыми гордится Читинская медицинская академия и весь Забайкальский край. Множество открытий, которые в последующем спасли жизнь тысячи людей, и сделали эти хирурги, ученые, энтузиасты своего дела. И их становление, первые научные находки, стремительный профессиональный рост происходили на петровской земле.

Учитель для многих, друг моего отца Виктора Саклакова, **Георгий Дамбаев** родился в 1942 году в селе Холой Бурятской АССР. В 1965-м закончил Читинский медицинский институт, затем четыре года работал хирургом Балягинской участковой больницы в Петровск–Забайкальском районе, где даже наркоз для оперативных вмешательств приходилось давать самому. Успешно закончил клиническую ординатуру в Томском мединституте и с 1971 по 1976 год заведовал хирургическим отделением больницы № 1 г. Петровска–Забайкальского. Многие вспоминают его манеру оперировать: со стороны движения казались медленными, неторопливыми, на самом же деле операция проходила идеально и быстро. Научная жилка Георгия Цыреновича, которая не погасла и по сегодняшний день, дала в те годы свои первые результаты - работая практическим врачом, он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Механоэлектрический метод регистрации моторики желудочно-кишечного тракта». Вместе со своим другом и коллегой, Георгием Жерловым, много внимания уделял экспериментальной хирургии, оперируя собак в виварии (домик стоял возле проходной в больничный городок). В 1976 году доктор Дамбаев переехал в Томск, где и сегодня продолжает работать. В 1989 году он защитил докторскую диссертацию и с этого года является бессменным заведующим кафедрой госпитальной хирургии с курсом онкологии СибГМУ. С 1990 года Георгий Цыренович является профессором, с 1997 года – член-корреспондентом РАМН. Забайкалье он не забывает и сегодня, в 2007 году по моему приглашению выступил с программным докладом на конференции «Хирурги Забайкалья в России», тема - «Имплантаты с памятью формы в экспериментальной хирургии». Именно Георгию Цыреновичу принадлежит авторство в создании искусственного пищевода и, в недалеком будущем, искусственной прямой кишки. Мудрейший, по-восточному тактичный и умный, он спас тысячи людей от, казалось бы, неизлечимых недугов. Жалеет только об одном, что не смог вырвать из лап смерти своего ближайшего друга – Георгия Жерлова, с которым вместе тысячи раз стояли плечом к плечу в операционных. Под руководством академика Дамбаева защищено 16 докторских и 36 кандидатских диссертаций. Он – автор 60 изобретений, 400 публикаций, в том числе - 20 монографий.

На фотографиях **Георгия Жерлова** видно, что он часто улыбался. Таким он и был в жизни – добрым, ответственным,

настоящим ученым, хирургом–легендой. Родился в 1949 году на ст. Илька Заиграевского района Бурятской АССР, Читинский «мед» закончил в 1972 году и приступил к работе хирурга Петровск-Забайкальской ЦРБ. Помимо ежедневной напряженной работы районного хирурга, вместе со своим учителем Георгием Дамбаевым, проводил экспериментальные работы по внедрению в практику новых оперативных вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода и желудка. По словам очевидцев, оперировал искусно, владел техникой прецезионного шва. В 1981 году с успехом защитил кандидатскую диссертацию в Томске, а через три года, по стопам старшего товарища и коллеги, он переезжает в этот город, где возглавляет хирургическое отделение. Продолжает научные изыскания, и профессиональная жизнь его полна событиями: в 1991 году – защита докторской, в 1993 году – звание профессора. Но самая

главная заслуга Георгия Кирилловича – это, конечно, открытие им в 2000 году уникального Северского гастроэнтерологического центра Сибирского отделения РАМН, а через два года – открытие первого в Сибири НИИ гастроэнтерологии. Под его руководством сформировалась целая научная школа: 15 докторов, 50 кандидатов медицинских наук, его авторству

принадлежит 400 научных работ и более 80 патентов. Светлая тебе память, наш земляк и великий хирург современной России!

Петровские хирурги с уважением отзываются о бывшей заведующей отделением **Антонине Воронянской** (1925 – 2004г.г.), все они помнят, что многие годы называли ее «мама». И было за что: она была отличным хирургом, лидером, организатором здравоохранения, с 1951 года – главным врачом хирургической больницы № 1. Под ее руководством мужали и набирались опыта молодые Дамбаев и Жерлов. В ее жизненном активе – работа под руководством опытных хирургов **Михаила Боброва** и **Сергея Шеременюка**, четыре года работы ассистентом кафедры госпитальной хирургии ЧГМИ (в этот период хирургическую больницу возглавил Иван Виндриевский), с 1963 года она – главный врач Петровск-Забайкальской ЦРБ, в 1981–1987 гг. - врач эндоскопического кабинета. В 1967 году Антонине Воронянской присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР». Врачебную династию Воронянских продолжили ее младший брат и сын, который работал рентгенологом в ЦРБ, затем переехал в Новосибирск.

Из воспоминаний Николая Мунгалова о своем учителе, главном враче хирургической больницы **Иване Виндриевском**: «...он целый день был в работе. Мы всегда удивлялись работоспособности Ивана Федоровича, иногда в день он делал 2-3 больших операции под местной анестезией или масочным наркозом. Резекцию желудка под местной анестезией

выполнял за полтора часа. Он владел экстирпацией матки, аденомэктомией. Был хорошим педагогом, на операции всегда объяснял ее этапы. Работал он быстро, анатомично, красиво... Он убедил меня учиться на уролога».

Подробное жизнеописание династии хирургов Конновых представлено мной в книге «Хирургические династии Забайкалья» (А.В. Саклаков, А.Е. Пажитнов, 2014 г.). Первое место работы **Анатолия Коннова** в Петровске – директор медицинского училища, работал там 11 лет, совмещая с работой хирурга в стационаре и поликлинике. С 1984 года, более двадцати лет, Анатолий Иванович заведовал отделением хирургии. Воспитал многих молодых хирургов, впоследствии ставших известными. Часто приходилось самому оказывать экстренную помощь больным и пострадавшим из соседних районов и Республики Бурятия по линии санитарной авиации. В 1999 году доктор Коннов удостоен высокого звания «Заслуженный врач РФ». Супруга, Тамара Владимировна, трудилась участковым терапевтом, заведовала терапевтическим отделением, была заместителем главного врача. Вместе они воспитали троих сыновей, двое из которых продолжают семейные традиции. **Юрий Коннов** работал в том же отделении, где трудился отец, с 1985 по 1996 год, затем год заведовал подстанцией санитарной авиации. Многие годы работает в железнодорожной медицине, где прошел путь от ординатора и заведующего отделением до главного хирурга Забайкальской железной дороги, в настоящее время – заместитель начальника Забайкальской дирекции здравоохранения. **Валерий Коннов** - ассистент кафедры анестезиологии-реанимации ЧГМА, здесь же трудится сын Юрия – Денис.

Следующий наш герой – **Вениамин Коновалов** (1941–2010 гг.) - прекрасный хирург, трудился директором медучилища, заведовал отделением хирургии, был главным врачом больницы. Многие годы основную работу совмещал с работой хирурга МСЭ. В наши дни главный врач Читинской ЦРБ Геннадий Емельянов (коренной петровчанин - родился в п. Баляга) вспоминает своего наставника: «Вениамина Ивановича всегда отличало огромное желание учиться. Он освоил детскую хирургию, урологию, сосудистую хирургию, много занимался анестезиологией. Его заслуга - открытие отделения санитарной авиации в Петровск-Забайкальской ЦРБ, он и сам часто выезжал в соседние районы для оказания практической помощи. По большинству позиций я считаю его своим первым учителем...». Все годы работы

рядом с Вениамином Ивановичем трудилась его супруга, врач акушер-гинеколог **Нэля Коновалова**. Врачебные традиции родителей продолжает дочь - сегодня **Татьяна Мальцева** работает гинекологом в медицинском центре «Академия здоровья».

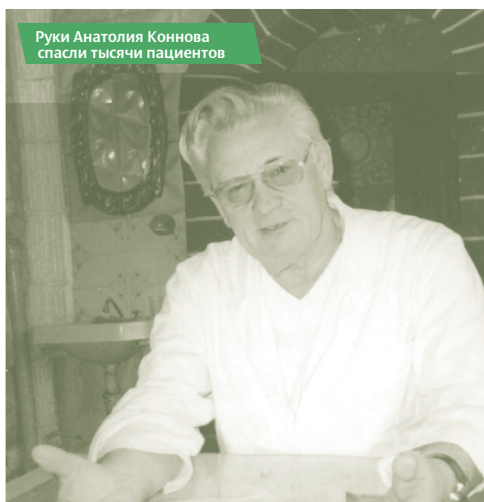
Степан Клочков (1927–1994 гг.) известен забайкальцам не только как хирург, травматолог, главный врач больницы на протяжении 25 лет, но и как заведующий райздравотделом, Почетный гражданин Петровска-Забайкальского. Он был инициатором открытия в больнице травматологического отделения, выполнял большой объем оперативных вмешательств. За годы его работы в качестве главного врача больница преобразилась: были построены детская и женская консультации, стоматологическая поликлиника, 4-этажный лечебный корпус, станция переливания крови. И после ухода с должности главного врача он не оставил медицину - трудился детским травматологом.

«Вениамина Ивановича Коновалова всегда отличало огромное желание учиться. Он освоил детскую хирургию, урологию, сосудистую хирургию, много занимался анестезиологией. Его заслуга - открытие отделения санитарной авиации в Петровск-Забайкальской ЦРБ, он и сам часто выезжал в соседние районы для оказания практической помощи. По большинству позиций я считаю его своим первым учителем...»

Г.К. Емельянов,
главный врач Читинской ЦРБ

Уже упоминавшийся выше **Геннадий Емельянов** «торил» свой путь, прислушиваясь к советам родителей и учителей. Окончив медицинское училище и отслужив в ВДВ Ленинградского военного округа, он поступил в Чите в мединститут. В родной район вернулся хирургом, преподавал в местном медучилище, трудился в легендарном хирургическом отделении ЦРБ девять лет. Через два года в совершенстве освоил операции на желчных путях, через пять лет – резекцию желудка. Следующие девять лет он возглавлял районную больницу Петровска. С 2007 года работает в Чите, возглавляет ЦРБ Читинского района, пользуется авторитетом среди коллег и пациентов.

Мой близкий друг и коллега **Иван Шовдра** работал в Петровске хирургом на протяжении долгих семнадцати лет. Работы хватало: экстренные и плановые операции, бесконечные дежурства, выезды в районы по санавиации, ножевые и огнестрельные ранения. Заведовал отделениями гнойной и чистой хирургии. Активный, коммуникабельный, настойчивый – такой специалист вскоре понадобился на краевом уровне и Иван Иванович возглавил реабилитационную больницу в Смоленке, навел там идеальный порядок и через несколько лет стал главным врачом Городской клинической больницы № 1 города Читы. Судьба всегда ведет его только вперед, и вскоре, после смены руководства Министерства здравоохранения Забайкальского края, он вышел на высший уровень. Сегодня Иван Шовдра – первый заместитель министра здравоохранения региона. Времени на отдых нет



Руки Анатолия Коннова спасли тысячи пациентов



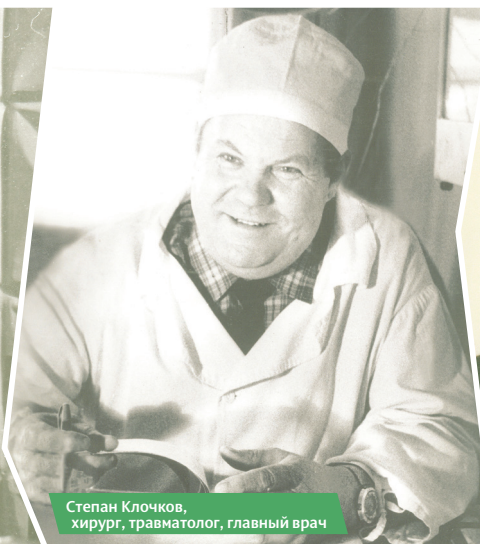
Конновы – отец и старший сын Юрий



Вениамин Коновалов



Геннадий Емельянов



Степан Клочков, хирург, травматолог, главный врач



Степан Клочков, Почетный гражданин П.-Забайкальского

совсем: ежедневно несколько совещаний, обходов ЛПУ, еженедельные командировки в районы. Родной город, в котором он обрел жизненный и хирургический опыт, Иван Иванович не забывает, ведь там остались родные и близкие, коллеги по непростым годам становления.

Яркими хирургическими «звездами» стали недолго работавшие в Петровске известные всем **Николай Мунгалов** и **Элла Чехонина**. Значительный вклад в развитие хирургии района и региона внесли онколог **Анна Поломошных**, хирурги **Виктор Додзин** и **Константин Тонких**, травматологи **Евгений Федурин** и **Александр Максимов**, уролог **Светлана Гребенщикова**, гинекологи **Вера Егорова** и **Ирина Малярчикова**, детский хирург **Зоя Деревцова**, оториноларинголог **Владимир Егоров**, окулист **Альбина Никулова**. Свои высоты в анестезиологии-реанимации взяли те, кто начинал вместе со всеми трудиться хирургом: **Юрий Котов** и **Владимир Пришляк**, работавшие в созданном ими самими отделении реанимации.

И снова из воспоминаний Николая Мунгалова: «Работа хирургического отделения немыслима без медицинских сестер. Старшая сестра Т.Ф.Головки работала еще с Шалимовым. Она очень много и интересно рассказывала об этом хирурге. Уже в то время он выполнял резекции желудка. Операционные сестры Борисовы знали свое дело на высоком профессиональном уровне. Мария Васильевна и Серафима Васильевна были не только сестрами, но и прекрасными ассистентами на операции».

Сегодня «петровская» школа хирургии представлена и на международном уровне. Талантливый хирург, выпускник ЧГМА **Сергей Акопян** трудился в больнице с 1986 по 1989

год. Сегодня Сергей Арутюнович - ведущий гепатохирург Армении, заведующий отделением хирургии печени Института хирургии им. А.Л. Микаеляна. Его младший родной брат **Рубен Акопян**, проходивший практику в больнице Петровска после четвертого курса, трудится детским ортопедом-травматологом в городе Ваназор (Кировокан).

В наши дни, в современных условиях достойно несут свою службу в больнице, овеянной хирургической славой, хирурги **Дмитрий Гринченко** и **Игорь Машуков**, известный опытный травматолог-ортопед **Юрий Попов** и его молодой коллега **Роман Дуденко**. На базе больницы в полную силу работают травмацентр второго уровня и сосудистый центр.

Я так окончательно и не ответил на свой вопрос – почему хирургия Петровска-Забайкальского всегда была на высшем уровне? Думаю, что основная причина – это люди, которые работали в легендарной больнице, сильные духом, не боящиеся трудностей, неравнодушные, ищущие. Немаловажную роль, даже в самые трудные годы, играла культура общения. Ведь общий обход был действительно на уровне «профессорского»: полный порядок в отделении, все пациенты в постели, медсестры с белоснежными полотенцами, врачи, готовые на все для спасения своих подопечных. Что еще? Желание докторов учиться, быть на уровне, стремиться вперед. И, конечно, ежеминутная помощь и поддержка коллег, ставших за многие годы друзьями. Традиции хирургической службы Петровска-Забайкальского продолжают и в наши дни. Храни вас Бог, дорогие мои коллеги!..

Алексей Саклаков,
депутат Законодательного Собрания
Забайкальского края, к.м.н.



Слева направо: мужчины – Георгий Жерлов, Георгий Дамбаев, Юрий Котов, Вениамин Коновалов. Женщины – ..., Антонина Воронянская, Альбина Никулова, Элла Чехонина



В ординаторской

ЕСЛИ ЧТО-ТО ДЕЛАТЬ, ТО ДЕЛАТЬ ХОРОШО

- Диктофон с собой? У меня еще есть пара слов для вас. – Владимир Каюков быстро проходит к своему столу в ординаторской, берётся за какие-то бумаги и уходит. Беру диктофон, иду следом. Возвращаемся в его кабинет. Включаю. Он усаживается за свой стол, основательно, деловито, облакачивается на него руками и говорит:

- Я хочу сказать, что очень горжусь своей семьёй.

Жду продолжения, а он жестами показывает, мол, я всё сказал.

Наверное, это и есть то самое настоящее удовлетворение – семейное, личное, отцовское... Искреннее и такое подкупающе честное признание. Без патетики, наносного пафоса и самолюбования. Многие ли могут такое сказать про свою ячейку общества? Многим ли удалось создать, взрастить, выпестовать такую семью, когда не просто не стыдно ни за одного её члена, а еще и горделиво? И увесистое каюковское «Я – горжусь», собственно, и ставит жирную точку в нашем разговоре. На этом и закончилась беседа с Каюковыми – отцом и дочерью, заведующим отделением и врачом, хирургами-онкологами и кандидатами медицинских наук – Владимиром Александровичем и Еленой Владимировной.



Семьи, где все врачи, к счастью, не редкость. Редкость, когда все одной специализации, да еще и кандидаты медицинских наук. Каюковы как раз из этого явления исключительностей. Владимир Александрович, заведующий отделением онкогинекологии Краевого онкологического диспансера, защитил диссертацию, будучи уже состоявшимся хирургом. К тому моменту заведовал вторым хирургическим отделением в диспансере, и решение заняться научной работой было способом доказать, что и эта вершина ему по плечу. И она покорилась. И тема кандидатской была что ни на есть актуальная – про липидный спектр при заболеваниях шейки матки.

А через десять с лишним лет дочь – Елена, защитит свою научную работу и опять про рак шейки матки. Но её интересуют новые пути борьбы с развитием этого заболевания на молекулярном уровне, то есть, на этапе изменения метаболизма опухолевой клетки. И здесь в поле пристального её внимания попали жирные кислоты, процессы апоптоза и пролиферации. По словам Елены Владимировны, именно изучение этих моментов может выявить закономерности – в каких случаях рак у человека проявится или нет. А, значит, можно



будет предупреждать развитие этого страшного заболевания еще на этапе предболезни. Работа, что и говорить, колоссальная. К тому же с огромными перспективами на дальнейшее её развитие и исследование.

Елена, как и мама – Татьяна Васильевна, научной деятельностью занялась рано. Татьяна Васильевна еще до замужества

защитила кандидатскую диссертацию на тему лечения полипов желудка. И если муж и дочь выбрали своей сферой деятельности женское здоровье, то мама одна из немногих хирургов-онкологов края, кто владеет практически всеми операциями абдоминальной онкологии, при опухолях мягких тканей и костей и так далее. Таких хирургов по пальцам пересчитать. Она автор более 70 научных публикаций и стоит только поражаться, как при такой загруженности они вместе с мужем смогли вырастить замечательных дочерей – еще одну Татьяну и Елену.

То, что папа – заведующий отделением в диспансере, а мама – признанный преподаватель - Татьяна Васильевна долгие годы вела курс онкологии кафедры лучевой диагностики в ЧГМА, Елене, впрочем, никаких поблажек не дало. Как девушка признаётся, наоборот: то время, которое её однокурсники могли потратить на развлечения, она полностью занимала учёбой.

- Подсознательно ты все равно хочешь не отставать от уровня, заданного родителями, – признаётся Елена Владимировна. - И ты постоянно стремишься где-то догонять, опережать своих сверстников, чтобы быть на голову выше,



чтобы соответствовать тому уровню, который есть у тебя, в твоём семейном кругу.

А уровень, заданный родителями, высок: кроме всего прочего, Владимир Александрович – заслуженный работник здравоохранения Читинской области, а Татьяна Васильевна – доцент, заслуженный врач Российской Федерации, и при этом они оба врачи высшей категории.

Наверное, настырность и настойчивость, такое вот чисто каюковское, дочери передалось от папы. К своим 30-ти годам Елена Владимировна добилась авторитета. И именно такого, которого хотела – когда человека делает не фамилия, а человек заставил уважать свою фамилию. Так что родителям совершенно не приходится краснеть за свою дочь.

Владимир Александрович между делом как бы признался, что Елена, несмотря на пока ещё первую квалификационную категорию, владеет техникой операций, в том числе лапароскопических, на уровне врача высшей категории. Думаете, захваливает? Как бы не так. У меня сложилось стойкое убеждение, что у заведующего отделением похвалу заработать сложно, а дочь там или кто ещё – разницы нет. Не зря в семье у Каюковых установка – делать свою работу хорошо.

- А если не справляешься – уходи. – В этом Владимир Александрович категоричен. – В этом я точно уверен. Если нет желания развиваться, нет стремления научиться чему-то новому, то делать в профессии нечего. Всем врачам выдаётся определённое количество операций. И только от него зависит, будет расти его уровень или нет. Я не могу всех заставить совершенствоваться. И для себя я решил, что когда появится тот, кто будет делать работу лучше меня, я уйду.

Кстати, папа и дочь не так давно провели уникальную операцию – удаление злокачественной опухоли в молочной железе у беременной женщины. Уплотнение в груди на стандартном осмотре у 29-летней женщины обнаружила гинеколог и отправила в диспансер. Срок тогда уже был 16 недель. Как в таком случае поступить? Беременность-то желанная, двойню семья ждала. И мама была настроена рожать. А что делать врачам? Консилиумы, консультации, в том числе с коллегами из Московского научно-исследовательского онкологического института имени Н.И. Герцена, с гинекологами-акушерами и решение принято – сохранять беременность и оперировать.

Такого в нашем крае, да и, наверное, во всём Сибирском федеральном округе делать не приходилось. Но, рассчитав все варианты, учтя все нюансы и возможные отклонения, команда Владимира Александровича и Елены Владимировны провела эту операцию. И провела удачно. Через год женщина привела детей в диспансер, специально показать, какое чудо сохранили наши врачи. А дела у неё идут хорошо. Регулярные контрольные осмотры показывают стабильное состояние. И есть надежда, что самое плохое уже позади.

Часто бывает так, что достижения детей – это, прежде всего, честолюбие их родителей. В нашем же случае получилось удачно – дочь желала заниматься наукой и медициной, а



родители искренне её поддержали. Не ошиблись ни те, ни другая. Хотя были моменты, когда работа мамы и папы огорчала дочь.

- Я до сих пор помню, как в мой день рождения, – рассказывает Елена, – родителей вызвали на работу. Мама только внесла торт со свечами и тут зазвонил телефон. И мы даже не успели задуть свечи, как мама и папа уехали на работу.

А иначе и нельзя было. Старшие Каюковы даже на дачу летом порою старались не выезжать, лишь бы не потерять драгоценное время.

- Или от дома до диспансера 7 минут ехать, или от дачи... – Владимир Александрович привык не терять время даром, так что эти минуты отлично помнит. – А секунды же идут, и тут врач молодой, который не владеет всеми техниками и приёмами и нужно помочь, подсказать, направить. Как иначе-то? А иначе врачи жить не умеют. И нет разницы – родственники или нет, мама или папа с детьми; на работе, прежде всего, – врачи и коллеги.

Задаю напоследок ещё один вопрос:

- А что надо делать, чтобы вырастить такую замечательную дочь?

И Владимир Александрович, вроде бы не способный на сентиментальность, вдруг тихо и вдумчиво отвечает:

- Любить...

Эльвира Паламова



Хирург Олег Юрьевич Соловьев - человек в Балее известный. Здесь он родился и вырос, сюда вернулся сразу после окончания в 1985 году тогда еще Читинского медицинского института. И, конечно, за эти годы немало жителей Балея и близлежащих населенных пунктов стали его пациентами, обязаны ему сохраненным здоровьем и полноценной жизнью, которая была спасена когда-то, благодаря профессионализму доктора Соловьева.

Сейчас он – заведующий хирургическим отделением Балеysкой центральной районной больницы. О родном (а как же иначе? все-таки 30 с лишним лет!) отделении говорит с любовью и в то же время с сожалением – особенно если сравнивает сегодняшние дни с годами былой мощи и славы Балея, бывшего когда-то одним из наиболее промышленно развитых районов



С МЕДИЦИНСКОЙ ИСКРОЙ В ДУШЕ

Забайкалья. А, значит, имевшего и крупную, хорошо оснащенную больницу:

- Сегодня хирургическое отделение Балеysкой ЦРБ, к сожалению, уже не то, что было в те годы, когда я только пришел – меньше и по масштабам, и по объемам. Тогда оно было рассчитано на 80 коек, сегодня – только на 36, разница, конечно, ощутимая. Разумеется, этому есть причины: промышленности в Балее на данный момент нет, ГОК – градообразующее предприятие – закрылся, это сказалось и на состоянии инфраструктуры, и как следствие, на количестве населения, которое тоже кратно уменьшилось. В годы расцвета только жителей города Балея насчитывалось 30 тысяч человек, а сегодня суммарное население города и всего района если 19 000 составит, и то - вряд ли, - делится Олег Юрьевич проблемами, общими для всех балеyцев. - Сегодня отсюда многие стремятся уехать, и сколько в итоге останется, зависит от того, начнет ли все-таки действовать горно-обогатительный комбинат – без него Балеy умирает. Заработает ГОК – появится и надежда на возрождение города.

А жизнь в Балее между тем продолжается, люди рождаются и умирают, болеют и выздоравливают, заботятся о здоровье близких – и время от времени им нужна медицинская помощь. Сегодня все хирургические операции



в Балеysкой ЦРБ проводятся силами двух хирургов и двух анестезиологов, количество среднего персонала при этом нестабильное, но так или иначе в общей сложности в хирургическом отделении под руководством доктора Соловьева работают около 30 медицинских специалистов.

- Балеysкий район считается отдаленным – до Читы 340 км, не каждый пациент может туда добраться, поэтому плановые операции, по возможности, стараемся выполнять на месте. В основном это грыжи, несложный металлоостеосинтез, холецистэктомия, урологические вмешательства, стенозы, варикоцеле, раньше еще и резекции желудка делали, но в последнее время от них отошли, как и во всем мире, - рассказывает Олег Юрьевич.

Случаев, когда больные запоминаются на годы, а порой и на всю жизнь, в его хирургической практике множество - один на другой непохожих, тем более здесь, в Балее, своих пациентов доктора нередко знают в лицо еще до операции.

- Конечно, особенно запоминаются самые первые, которых оперировал в те годы, когда только начинал расширять линейку оперативной деятельности, проводил первые урологические аденомэктомии, резекции желудка. Встречаю их и сегодня – и не скажу, что испытываю при этом гордость, но определенное чувство профессионального удовлетворения совершенно точно имеется. «Вот человек, он живет и здравствует, и ты когда-то приложил к этому свою руку» - такая мысль нет-нет, да и мелькнет. А вообще, хорошее как-то быстрее забывается: человек выздоровел, ушел на своих ногах, так и должно быть, а вот неудачи – пусть даже их по пальцам пересчитать можно - надолго врезаются в память. Да о них и нужно помнить, думать, анализировать, говорить и разбирать, чтобы, не дай Бог, повторений не было, - убежден доктор Соловьев. – Обидно, когда иногда причина кроется в несовершенстве нашей диагностической базы и во время операции хирургу открывается совсем не та картина, которую он ожидал увидеть на основании данных обследования.

В медицинской среде Соловьевых называют «горизонтальной» хирургической династией. Потому что спустя много лет по пути старшего брата пошел младший, Вадим - он младше Олега Юрьевича на четыре года. Приехал

однажды в Читу, в гости к старшему брату, он был впечатлен студенческой атмосферой тогда еще Читинского медицинского института. Поступил, закончил, сейчас, по отзывам коллег, он – один из лучших торакальных хирургов в Забайкалье, руководил торакальным отделением Краевой клинической больницы.

И сам Вадим Соловьев выбор жизненного пути неразрывно связывает со старшим братом:

- Он с детства ответственный и заботливый, настоящий старший брат, потому и стал прекрасным доктором. Конечно, основным мотивом, когда я выбирал хирургию, было идти по его стопам. Мне нравилось и то, чем он занимается, и как выполняет свою работу, и как к нему относятся люди, которым он помогает выздороветь. Подражая ему, я читал все книги, которые он привозил. Когда только-только стал хирургом, он уже во всю оперировал. В районах ведь узких специалистов не хватает, хирургу все приходится делать самому и владеть огромным объемом знаний и оперативной техники – Олег выполняет и общехирургические вмешательства, и урологические, и травматологические, и нейрохирургические – для районного хирурга это очень важно. Честное слово, оперирует, как Бог...

К его словам присоединяется и Юрий Кокотов - человек-легенда забайкальской хирургии, авторитет которого, наверное, незыблем в глазах каждого, кто держит здесь в руках скальпель:

- Знаю хирургов Соловьевых: и старшего, и младшего. Олег начинал как врач скорой помощи, был главным врачом «скорой», и карьера его в качестве руководителя обещала стать вполне перспективной. Поэтому поначалу, когда я узнал, что он предпочел хирургию, даже удивился. А вскоре смотрю – пошли резекции желудка, да еще и выполнены так хорошо! Брат его - отличный торакальный хирург, один из немногих, кто сейчас владеет пластикой пищевода. Замечательные ребята, замечательные хирурги, жалко, что таких сегодня не так много, как хотелось бы...

Конечно, у каждого хорошего хирурга – свой «конек», своя область хирургии, где его руки особенно виртуозны. Отвечая на вопрос, какой подход более правильный: многопрофильность или узкая специализация, Олег Юрьевич говорит, что это зависит от места работы специалиста:

- В крупной клинике, наверное, разумнее делать ставку на узкую специализацию, а в ЦРБ хирург может быть только многофункциональным, ведь недостаток диагностического



и прочего оборудования компенсируется знаниями и опытом врача. Причем не только в хирургии – приходится порой работать и за рентгенолога, и за невролога. Вот сейчас у нас в больнице нет рентгенолога, что делать? Выход только один: сижу и сам смотрю снимки, интерпретирую их. При этом понятно, что чем



О.Ю. Соловьев

«шире» специалист, тем более поверхностный он в деталях, чем более «зауженный» – тем больше у него знаний в данном конкретном направлении, и тем меньше во всех остальных.

Выбрав когда-то, в начале жизненного пути, медицину больше по желанию родителей - профессия тогда была популярной, а доктора - в почете у населения, и люди в те годы им, что называется, в пояс кланялись, балейский хирург Олег Соловьев посвятил ей всю жизнь. И сегодня хирургия – ее смысл, ее основное и любимое дело. О нем он помнит и в будни, и в праздники, и в рабочее, и в свободное время. Только вот бывает ли оно, свободное время, при работе районного хирурга?

- Конечно, бывает, во всяком случае, стараюсь, чтобы все обстояло именно так. Я - человек достаточно профессионально суеверный, примеров расхожому и вполне обоснованному постулату о том, что хирурги долго не живут – такая уж профессия, связанная с душевным и физическим напряжением, в моей жизни было немало. Поэтому досуг я стараюсь организовывать и проводить так, чтобы это действительно был отдых, и по возможности - отдых активный. Занимаюсь охотой, с лесом общаюсь, с природой, иногда даже жене удается вытащить меня на какой-нибудь курорт – и такое бывает. Но и в отпуске в мыслях периодически возникает операционная – ну, значит, нужен там...

Ирина Белошицкая



Хирургию можно без натяжек назвать одной из самых экстремальных профессий. Именно специалисты этого профиля держат в руках все ниточки жизни и здоровья. И хорошо, если у человека, избравшего это направление, здоровое профессиональное честолюбие. Тогда из вчерашнего интерна медицина и, конечно же, общество получит Хирурга.



РАСТИ И РАЗВИВАТЬСЯ

Для забайкальских медиков, как, собственно, и для их коллег со всей страны, долгое время острой головной болью была смертность пациентов от панкреонекроза. Коварное заболевание развивается стремительно и до сих пор является одной из болезней с высоким риском летальности. В 40 до 70 % случаев больные погибают.

Путей к панкреонекрозу не так уж и много: переедание, жирная пища, алкоголь, курение и так далее. Все они хорошо известны и детально описаны. Диагностирование панкреатита еще само по себе не влечёт развитие панкреонекроза. Однако, любой панкреонекроз начинается с панкреатита.

О том, как в Забайкалье учились лечить панкреонекроз, рассказывает Александр Юдин, врач-хирург отделения гнойной хирургической инфекции Краевой клинической больницы:

- Мы тогда начали вплотную заниматься заболеванием поджелудочной железы. В этом нам очень хорошо помог профессор Владимир Погребняков, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии. Под его руководством мы значительно продвинулись в этом направлении, кроме того, владея малоинвазивными методами лечения, профессор Погребняков является непосредственным участником лечебного процесса.

И сегодня мы лечим в год около 30-35 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, которым проводится вскрытие абсцесса сальниковой сумки, некроэктомию сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Это сейчас звучит так буднично – 30-35 вмешательств. Причём с хорошим исходом. Но путь к таким показателям был длинным и тяжёлым. Мир только учился и до сих пор учится эффективно лечить панкреонекроз. И наши хирурги тоже прошли этот путь. Для этого они проанализировали статистику, посмотрели смертность дооперационную и после, изучили опыт передовых клиник, осмыслили его и стали внедрять в местную практику.

- Мы пришли к выводу, - рассказывает Александр Витальевич, – что ранние открытые операции у больных с инфицированным панкреонекрозом не приводят к положительным результатам. И так продолжаться не могло. В итоге стали применять другую тактику.

Сегодня, прежде чем прооперировать, проводим консервативное лечение: антисекреторная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, дезинтоксикация, обезболивание. Кстати, весьма сложный период для пациента: выражены симптомы интоксикации, температура тела больного может достигать 38-39 градусов в течение нескольких суток. А врачи тем временем продолжают консервативное лечение до созревания некрозов. Этому есть объяснение: ошибкой прежней методики лечения стало преждевременное оперирование, когда незрелый некроз тканей поджелудочной железы и окружающей жировой ткани пытались убрать раньше, чем тот достиг своего пика. На этом этапе было сложно определять уровень некроза тканей и, следовательно, возникали все риски, кроме этого высокая вероятность вторичного

инфицирования и послеоперационных осложнений.

Теперь для начала убирают шок у больного, стабилизируют его самочувствие и выполняют малоинвазивное дренирование для оттока гнойной жидкости. Для чего пункционным способом в рентгенооперационной устанавливают дренаж - подводят тонкую, внутренним диаметром 2,5 мм, трубку. Консервативное лечение и дренирование облегчают состояние – он выходит из шока, появляется аппетит, уходит лихорадка. В это время некроз созревает и уже становится возможным отделять его от здоровых тканей. И на третьей-четвертой неделях с начала консервативного лечения больного оперируют.

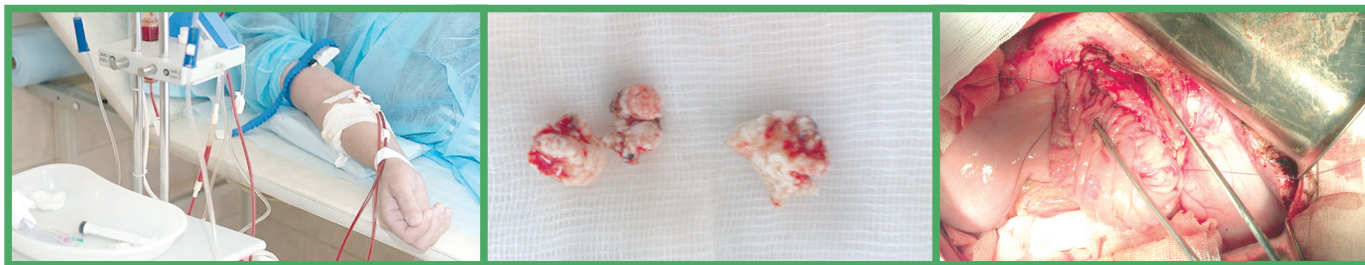
Сама открытая операция – с момента открытия панкреонекроза и до наложения оментобурсостомы, занимает приблизительно полтора часа. Но за один раз все некрозы убрать не удаётся, поскольку деструкция тканей не проходит одновременно. Однако большая его часть удаляется именно оперативным путём. Для отхождения гнойной жидкости устанавливаются двухпросветные большего диаметра дренажи, через которые проводится санация гнойной полости. Дело в том, что некротизированные ткани в последующем лизируются, разрушаются, далее отходят через оментобурсостому и дренажные трубки.

И в таком состоянии пациента выписывают уже на амбулаторное лечение. Оментобурсостома постепенно закрывается и где-то через полтора месяца у больного дренажные трубки удаляют. Таким образом, с начала консервативного лечения и до удаления дренажа проходит около двух месяцев.

В последнее время на центральных базах в некоторых случаях проводят лечение таких больных без открытой операции, после малоинвазивного дренажа устанавливают один-два дренажа большего диаметра и через них добиваются полной санации гнойного очага, но это занимает больше времени - до 4-5 месяцев. Наши хирурги пошли традиционным путём: сохранив в целом методику, они, тем не менее, считают (и вполне обоснованно), что оперативное удаление большей половины некрозов наиболее эффективно и для физического самочувствия больного, и, конечно же, для его морального состояния.

В отделении внедрили ещё ряд оперативных вмешательств на поджелудочной железе при хроническом псевдоопухомозном, калькулезном панкреатите - интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы с наложением панкреатоюноанастомоза по Гальперину и Бернский вариант операции Бегера. А в случае наложения панкреатоюноанастомоза – операцию по Фрею.

Такое оперативное лечение проводится в случае, если камни в головке поджелудочной железы заблокировали проток. В результате он расширяется, поскольку отток жидкости затруднён, возникают гипертензионный и болевой синдромы. Современная медицина предлагает разные варианты для борьбы с этим видом заболевания, в том числе и консервативный. Однако, если терапия уже беспомощна, то остаётся одно – оперировать.



Тогда хирурги формируют другой путь соку поджелудочной железы – проводят пластику. Берут часть тонкой кишки по РУ, накладывают анастомоз с панкреатическим протоком и с желудочно-кишечным трактом. Результат – уходят гипертензионный и болевой синдромы. Это и есть вариант по Фрею.

Но бывают ситуации, когда необходимо удалить фиброзно изменённую ткань и камни головки поджелудочной железы. В таком случае иссекают головку железы изнутри, затем накладывается ПЕА. Данный вид операции длится от трёх с половиной до четырех с половиной часов. За год в отделении проводят примерно семь-восемь таких операций, и с каждым годом количество их растёт и, возможно, будет увеличиваться.

Операции на поджелудочной железе всегда сложны и относятся к разряду высокотехнологичных. Орган очень чувствительный и нежный и к тому же относится к непарным, так что никакой другой орган не возьмёт на себя его функции. Сегодня ведутся разработки по созданию искусственного аналога, который бы выбрасывал в кровь необходимое количество инсулина. Пишут, что некоторые модели уже прошли испытания. Однако для полноценной имитации деятельности «поджелудки» простого вбрасывания инсулина недостаточно. Поэтому гораздо реальной трансплантация органа, но и тут всё не так просто – железе должен быть обеспечен постоянный искусственный кровоток, так как через полчаса она может погибнуть от недостатка кислорода. В замороженном же состоянии орган способен продержаться только пять часов.

Но, поскольку два последних момента – дело далёкого будущего забайкальской медицины, гораздо реальней учить и ставить руки хирургам, берущимся оперировать тяжелейшие случаи панкреонекрозов и хронических панкреатитов. И таких становится всё больше.

Следующий очень важный и нежный орган – печень. Обильно снабжаемый кровью и такой же непарный – печень одна из тех фабрик организма, чья дисфункция сразу же отражается на всём состоянии человека. И порою случается так, что при попытке облегчить состояние пациента, повреждаются желчные протоки, так называемая высокая стриктура гепатикохоледоха. Тогда хирурги проводят резекцию четвёртого сегмента печени с наложением гепатикоэюноанастомоза. Данный вид операции проводится, когда состояние больного после предыдущей уже несколько стабилизировалось: ушла механическая желтуха, восстанавливается работа печени, что происходит обычно через несколько месяцев, и он может перенести следующую.

К этому времени повреждённые желчные протоки втягиваются в саму печень и хирургам приходится резецировать четвёртый сегмент и формировать протоку свободный выход в желудочно-кишечный тракт с наложением анастомоза из тонкой кишки по РУ.

- Таких операций мы выполняем от восьми до десяти в

год, - рассказывает Александр Юдин. – Раньше наши больные ехали в Москву или Санкт-Петербург за помощью, а теперь мы сами оперируем таких пациентов. Вот за последний месяц двух женщин прооперировали с такими высокими стриктурами.

Операции на печени, как и гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) или пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР), считаются в хирургии показателем высшего мастерства хирургов и относятся к разряду высокотехнологичных операций. Правда, последние операции в Краевой клинической больнице теперь не делают (по стандартам онкологические больные оперируются только в специализированном онкологическом учреждении). Хотя именно здесь впервые в нашем крае была проведена серия из четырёх ПДР, которые прошли для пациентов благополучно.

Впрочем, хирургам отделения гнойной хирургии оперировать доброкачественные образования печени, например, гемангиомы, цистаденомы и эхинококки, приходится нередко. К примеру, недавно оперировали в отделении женщину с эхинококком в печени – его удалили из восьмого сегмента. Даже успели полюбоваться цветом паразита – он, оказывается, салатово-оливковый. Замечу, операции на седьмом-восьмом сегментах печени считаются наиболее сложными по локализации. В прошлом месяце выполнили атипичную резекцию печени по поводу гемангиомы диаметром восемь сантиметров.

Если иметь здоровое стремление расти и развиваться, то можно достигать новых вершин профессионального мастерства. Александр Витальевич, к примеру, чтобы освоить новые методики, на месяц ездил стажироваться в Институт хирургии имени А.В. Вишневского в Москву. А потом делился опытом с коллегами. И сегодня в коллективе все хирурги владеют навыками проведения самых высокотехнологичных операций.

Записала Эльвира Паламова



СЕРГЕЙ ДАВЫДОВ: «ХИРУРГИЯ - ЭТО НАВСЕГДА»

Казалось бы, трудно представить себе день более напряженный, чем день министра здравоохранения, да еще в таком непрестом регионе, как Забайкалье. Тем не менее, хотя бы раз в неделю министр Сергей Давыдов приходит в операционную и становится, как и раньше – хирургом, травматологом, врачом.



- Чтобы быть экспертом в своей области и оставаться на этом уровне, чтобы руки не забывали – а они имеют такое свойство - нужно делать примерно сто операций в год. Мне необходимо оперировать хотя бы раз в неделю, тем более от этой работы я не просто получаю удовольствие, она дает мне максимум энергии, чтобы жить и работать дальше. Должность министра, или любая другая – это все проходящее, а хирургия и практика - это постоянное, вечное, где ты работал, работаешь и будешь работать. Эта та польза, которую ты можешь приносить своими руками, это - радость жизни. Хорошо выполненная операция - это огромное удовлетворение, когда выходишь из операционной – даже сознание становится совершенно другим. Искренней человеческой благодарности, благодарности за то, что ты помогаешь людям, не заменят никакие деньги, особенно если ты сам объективно видишь, что все выполнил хорошо. Тем более операции эндопротезирования в крае начинал когда-то я, и все сегодняшние хирурги-травматологи – мои ученики, которые делали первые шаги в профессии под моим руководством, в Краевой клинической больнице, когда я был главным травматологом края.

становится действительно хорошим хирургом, то придется чем-то жертвовать: семьей, временем, здоровьем. И свое здоровье я когда-то тоже оставил в операционной, потому что когда начинаешь проводить новые сложные операции – а любое новшество подсознательно воспринимается как риск, этот риск обязательно отражается на здоровье.



- Хирургию выбирают люди с особым характером?

- Думаю, что в хирургию действительно приходят люди особенные, там «посторонние» не приживаются, они просто не выдерживают таких напряженных условий. Не обладая сильным характером, ты не сможешь выполнять 4-5 сложных операций в день, а после – дежурить, а затем - опять 4-5 операций в день. Поэтому в хирургии не так много представительниц прекрасного пола, а если женщина все-таки выбирает эту специальность и



- Вы считаете, у нас в Забайкалье сильные хирурги?



- У нас в Забайкалье профессиональные хирурги. Не сомневаюсь, что любого забайкальского хирурга, который проработал лет пять-семь в Краевой клинической больнице или в Городской клинической больнице №1, например, с удовольствием

примут в любую российскую клинику. Наши хирурги трудятся сегодня и в странах СНГ, и за рубежом, и в президентской клинике. Это уже настоящие профессионалы, потому что, работая в напряженном ритме, присущем забайкальской хирургии, они уже попробовали все, и они уже полностью самостоятельны. В нашем крае действительно особые условия, много практики, но, кроме этого, здесь еще и неординарные отношения между хирургами: друг другу помогают, подсказывают, учат – а это обязательно способствует профессиональному росту. Знаю, что есть клиники, где врач никогда не будет учить своего коллегу – ведь это его конкурент, в нашем крае все по-другому, здесь сохранилось хирургическое братство, другие отношения, другие люди - сибиряки, забайкальцы...

Беседовала Ирина Белошицкая



Даже хирургу, обладающему поистине золотыми руками, во время операции нужны верные помощники, которые также играют важную роль в спасении жизни пациента. Такowymi являются операционные медицинские сестры - не просто профессионалы своего дела, знающие ход любого оперативного вмешательства, но еще и своего рода психологи для больных, переживающих тяжелый стресс.

«ПОЛУЧИЛА ТО, О ЧЕМ МЕЧТАЛА»

Операционная медицинская сестра не имеет права на ошибку - ее действия должны быть слаженными и четкими, подчиненными главному принципу – «делать правильно с первого раза». За 16 лет работы в Краевой клинической больнице данный принцип для операционной медсестры Натальи Царенко стал едва ли не жизненным кредо. Хотя когда-то давно после окончания Читинского медицинского колледжа осваивать азы этой сложной специализации было нелегко, и на то, чтобы без слов научиться достигать взаимопонимания с врачом-хирургом, ушли годы...

Наша героиня родилась в Чите в семье водителя и преподавателя музыки. Мама Натальи играет на четырех музыкальных инструментах, но, как утверждает наша собеседница, сама она не наделена материнским талантом. Зато бабушкиного милосердия и терпения Наталье досталось сполна, чтобы пойти по ее стопам.

- Бабушка работала медицинской сестрой. На каникулах она часто брала меня с собой на работу. Мне в детские годы казалось, что ничего не может быть лучше профессии медика -

КОГДА НЕТ ПРАВА НА ОШИБКУ

всюду чистота, белизна, - вспоминает Наталья Царенко.

Столкнувшись с медицинской профессией в реальности, она узнала, что медицина – не только светлый образ врача, но также боль пациентов. Однако суровая правда нелегкой профессии не испугала девушку. Наоборот, Наталья никогда не искала легких путей. Устроившись после колледжа в Краевую клиническую больницу и узнав, что в учреждение требуются операционные медсестры, она решила идти именно этой дорогой.

- Хирургия сразу же заинтересовала меня. Я хотела поступить в Читинскую государственную медицинскую академию на врача-хирурга, но жизненные обстоятельства помешали. Но об этом не жалею, поскольку я все равно получила то, о чем мечтала, - уверяет операционная медицинская сестра.

Несмотря на то, что прошло уже больше десятка лет, Наталья Царенко прекрасно помнит свою первую операцию в отделении нейрохирургии.

В обязанности операционной медицинской сестры входит полная подготовка операционной: стерильного белья, аппаратуры, расходных материалов. Во время операции мы являемся ассистентами врача-хирурга. Обычно в операционной одновременно находятся главный хирург, один-два ассистирующих хирурга, врач-анестезиолог, медсестра-анестезист, операционная медсестра. Мы работаем напрямую с главным хирургом, выполняем его указания. У него все должно быть под рукой: скальпель, зажим, ножницы. Действовать нужно быстро, не мешкать.

- Разумеется, руки тогда дрожали – от страха куда не денешься. Но с опытом и практикой приходит уверенность. Операционных медицинских сестер готовят как универсальных специалистов. Пока мы все операции не изучим, в свободное плавание нас не





медицинской сестры входит полная подготовка операционной: стерильного белья, аппаратуры, расходных материалов. Во время операции мы являемся ассистентами врача-хирурга. Обычно в операционной одновременно находятся главный хирург, один-два ассистирующих хирурга, врач-анестезиолог, медсестра-анестезист, операционная медсестра. Мы работаем напрямую с главным хирургом, выполняем его указания. У него все должно быть под рукой: скальпель, зажим, ножницы. Действовать нужно быстро, не мешкать. Конечно, с начинающими операционными медсестрами врачам бывает сложно, но со временем устанавливается взаимопонимание без слов, - говорит об особенностях своей работы Наталья Александровна.

«ОПЕРАЦИЯ – ВСЕГДА ОГРОМНЫЙ РИСК»



По ее словам, за те годы, что она работает в Краевой клинической больнице, в практике проведения операций многое изменилось. Когда Наталья Александровна только устроилась на работу, преимущественно проводились открытые операции, а малоинвазивные эндоскопические оперативные вмешательства только начинали внедрять. С развитием медицинских технологий эндоскопические операции стали регулярными. Это, с одной стороны, облегчило задачу медицинским специалистам, но, с другой, осложнило – ведь новые технологии постоянно требуют пополнения запаса теоретических и практических знаний.



- Обучаемся мы преимущественно на месте. Но случается, отправляют и в другие города. С 2001 года я состою в ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты», а в 2014 году стала в ней председателем профессионального комитета «Операционное дело». Наша организация создана для того, чтобы улучшить качество оказания помощи землякам. Численность операционных медсестер в Забайкалье на сегодняшний день составляет 275 человек, - отмечает Наталья Царенко. – Благодаря «ПрофМедСпец», у нас есть возможность обмениваться опытом в ходе научных конференций, в том числе и всероссийских. Так, в 2015 году я посетила XIX Ежегодную сессию научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева в Москве, что позволило мне пополнить профессиональные знания.

Разумеется, даже очень опытным специалистам приходится сталкиваться на профессиональном пути с трудностями. Операция – это всегда огромный риск. Несмотря на то, что алгоритмы оперативных вмешательств хорошо известны, организм разных пациентов может отреагировать по-разному. Случаются и экстренные ситуации – осложнения, кровотечения.

пускают, - шутит Наталья Александровна. – Года три приходится только ходить по всем операционным, а их у нас в больнице 15.

Не каждому дано выдержать такую длительную подготовку и начать справляться с обязанностями операционной медсестры. Некоторые, поработав какое-то время, уходят. Наталья Царенко, наоборот, нашла в этом себя.

- В обязанности операционной



- В таких случаях важны быстрота действий, сноровка, слаженная работа всей операционной бригады, - убеждена Наталья Царенко. – Когда настоящая команда занята одним делом, справиться с трудностями просто... Бывают, конечно, и слишком тяжелые случаи. Мне, на самом деле, жалко всех пациентов. Порою придется после работы домой и долго еще думать о ком-нибудь. Особенно горько, когда человек умирает – долго

приходится носить эту боль в себе. С особым трепетом я отношусь к молодежи – неизгладимый след в душе оставляет гибель молодых людей, пострадавших в ДТП. Тяжело переносить смерть беременных женщин... Но есть и другая сторона – возможность испытывать чувство искренней радости, узнав, что «тяжелого» пациента выписали.

По словам нашей героини, операционным медсестрам нередко приходится быть своего рода психологом для пациентов.

- Операционная – место интимное. Пациентов приводят обнаженными, чего многие стесняются, а тут еще на них со всех сторон сыплются вопросы. Конечно, некоторые реагируют на происходящее агрессивно. Приходится что-то объяснять, успокаивать. Возможно, операционным медицинским сестрам было бы полезно проходить какие-нибудь курсы по психологии, - размышляет Наталья Александровна.

Разумеется, даже очень опытным специалистам приходится сталкиваться на профессиональном пути с трудностями. Операция – это всегда огромный риск. Несмотря на то, что алгоритмы оперативных вмешательств хорошо известны, организм разных пациентов может отреагировать по-разному.

«МИНУСОВ» В РАБОТЕ НЕТ

Последние семь лет Наталья Царенко работает в отделении урологии Краевой клинической больницы. Однако она осталась универсальным специалистом, поскольку во время дежурств операционных медсестер могут вызвать в любое отделение больницы для проведения экстренных операций.

- Мне моя работа очень нравится, - без лукавства говорит Наталья Царенко. – Никаких «минусов» я в ней не вижу, каждый день иду в больницу с удовольствием.

А после смены – с таким же удовольствием – домой, к любимым людям. Ведь с семьей нашей героине повезло – ее супруг врач-хирург, заведующий хирургическим отделением госпиталя МВД. В семье подрастает девятилетний сынишка.

- Дома о работе говорим постоянно, - признается Наталья Александровна. - Родители моего мужа тоже медики: мама - стоматолог, а папа - хирург, - поэтому даже на семейных торжествах беседы о медицине не редкость.

Счастье для человека – заниматься любимым делом. Счастье для окружающих его людей - взаимодействовать с профессионалом, вкладывающим в свою работу душу. Именно таким специалистом и является Наталья Царенко. Говоря о своей профессиональной мечте, она размышляет опять же не о себе.

- Мне бы хотелось, чтобы на операционных медицинских сестер обращали больше внимания – направляли куда-нибудь перенимать опыт, - говорит она. – И сейчас мои коллеги ездят на центральные базы, но от силы человек десять за год – этого мало. Хотелось бы, чтобы возможность совершенствоваться профессионально им предоставляли чаще.

Юлия Болтаевская



ПАТОЛОГОАНАТОМ НУЖЕН ЖИВЫМ ЛЮДЯМ



Е.А. Киреева

При упоминании о Забайкальском краевом патологоанатомическом бюро у многих, наверняка, возникают чувства тревоги и скорби, поскольку они слышаны о том, что патологоанатомы исследуют тело человека после смерти. При этом мало кому известно, что каждый из нас хотя бы раз был объектом изучения врача-патологоанатома. Патологоанатомы не только выясняют причины смерти людей от заболеваний, но и помогают врачам самых разных профилей в постановке диагноза.

ВСЁ НАЧАЛОСЬ С ЛИЧНОСТИ

Согласно историческим справкам, зарождение патологоанатомической службы в Читинской области произошло в феврале 1953 года, и связано это событие с именами выдающихся специалистов патологоанатомов Николая и Тамары Чарторижских.

В 50-е годы патологическая анатомия в Забайкалье переживала период становления. Уровень основных методик в работе лечебных учреждений региона был низким, объем гистологических исследований – небольшим, и заключения по ним давали недостаточно квалифицированно. Штатных врачей - патологоанатомов в Чите и вовсе не было.

Первое гражданское патологоанатомическое отделение в столице области создавалось при активном участии начальника 39-й патологоанатомической лаборатории 321 окружного военного госпиталя ЗабВО, гвардии капитана медицинской службы Николая Чарторижского. Отделение открыли на базе Областной клинической больницы им. В.И. Ленина. Его заведующей назначили выпускницу Оренбургского медицинского института Тамару Гречишкину, которая позже стала женой Николая Андреевича.

1 сентября 1955 года, благодаря активности читинских врачей-патологоанатомов, на базе Читинского медицинского института была создана кафедра патологической анатомии. Обязанности первого заведующего кафедрой тогда какое-то время исполнял Николай Чарторижский.

По инициативе супругов Чарторижских была организована система внештатной прозектуры практически во всех учреждениях Читы, области, а также ЗабВО. Внештатные патологоанатомы дважды в год участвовали в краткосрочных тематических сборах, в ходе которых получали необходимую для работы информацию о последних достижениях медицины, а также совершенствовались в практике.

Дело своих родителей достойно продолжила дочь выдающихся патологоанатомов Наталья Чарторижская, которая в

течение 23 лет являлась начальником патологоанатомического бюро. Под ее руководством сформировался кадровый состав бюро, внедрялись новые гистохимические методики, подразделения бюро оснастили первым специализированным оборудованием, коллектив учреждения пополнился молодыми кадрами. В 2016 году Наталья Чарторижская перешла на преподавательскую работу в ЧГМИ. В настоящее время она также является главным внештатным патологоанатомом Министерства здравоохранения Забайкальского края.

ОТ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЗАВИСИТ ЛЕЧЕНИЕ

О том, какую роль играет патологоанатомическое бюро в диагностическом процессе, рассказала исполняющая обязанности начальника Забайкальского краевого патологоанатомического бюро Елена Киреева.

На микроскопическом уровне врач-патологоанатом изучает и определяет изменения в тканях, не соответствующие физиологической норме, сопоставляет их с данными макроскопического описания, при необходимости – назначает дополнительные сложные гистохимические окраски микропрепаратов, уточняет у клиницистов данные анамнеза, лабораторного обследования и клинической патологии пациента. Только после комплексного анализа результатов клиники, макро- и микроскопического исследования устанавливает диагноз, что позволяет в дальнейшем клиницистам определиться с процедурой лечения и объемом оперативного вмешательства.

- Наше учреждение выполняет экспертно-диагностическую функцию. Специалисты проводят посмертную и прижизненную диагностику заболеваний. Услышав слово «патологоанатом», большинство людей сразу представляет доктора, который работает исключительно с телом умершего человека. На самом же деле, эта работа



занимает меньшую долю - в 2016 году процентное соотношение посмертной и прижизненной диагностики составило соответственно 5 к 95. В большей степени мы уделяем внимание прижизненной диагностике, которая заключается в исследовании операционного и биопсийного материала пациентов, получающих стационарное и амбулаторное лечение или проходящих обследование.

Учитывая некоторую схожесть в разделе «посмертной диагностики», многие путают деятельность врача-патологоанатома с работой судебно-медицинского эксперта. Важно отметить, что медицинская направленность этих двух специальностей совершенно разная: судмедэксперты устанавливают причины смерти человека от внешних, в том числе насильственных причин, а врачи-патологоанатомы – смерти человека исключительно от заболеваний. Но ведущее значение в работе врача-патологоанатома все же занимает «прижизненная диагностика» - исследование операционного и биопсийного материала. Судебная медицина этим видом деятельности не занимается.

Рабочий день врача-патологоанатома протекает напряженно: в утренние часы проводятся патологоанатомические вскрытия. На этой процедуре в обязательном порядке присутствует лечащий врач умершего пациента и другие заинтересованные специалисты. Одновременно с этой работой дежурный врач-патологоанатом проводит макроскопическое описание органов и тканевых фрагментов, удаленных у пациентов во время оперативного вмешательства, эндоскопических манипуляций и подготовку тканевых объектов для гистологической обработки.

Вторую половину рабочего дня врачи-патологоанатомы проводят у микроскопа, выполняя гистологическое исследование секционного, операционного и биопсийного материала. Это позволяет диагностировать различные патологические процессы: онкологические, гинекологические, хирургические, акушерские, терапевтические, а также инфекционные и иные заболевания.

— На микроскопическом уровне врач-патологоанатом изучает и определяет изменения в тканях, не соответствующие физиологической норме, сопоставляет их с данными макроскопического описания, при необходимости – назначает дополнительные сложные гистохимические окраски микропрепаратов, уточняет у клиницистов данные анамнеза, лабораторного обследования и клинической патологии пациента. Только после комплексного анализа результатов клиники, макро- и микроскопического исследования устанавливает диагноз, что позволяет в дальнейшем клиницистам определиться с процедурой лечения и объемом оперативного вмешательства, - пояснила Елена Киреева. - Не каждый пациент, находящийся в стационаре или наблюдающийся амбулаторно, знает, что диагноз ему поставил патологоанатом. Поэтому врач, избравший такую медицинскую специализацию, нужен, прежде всего, живым людям, а не мертвым.

ВЫМИРАЮЩАЯ ПРОФЕССИЯ?

Профессиональный путь врача-патологоанатома долг, сложен и тернист. Сотрудники медицинской библиотеки неоднократно отмечали, что патологоанатомы – наиболее читающие медицинские работники.

- Патологоанатом относится к категории врачей-диагностов. Это специалист широкого профиля, который должен разбираться во всех патологических процессах, протекающих в организме плодов, детей и взрослых пациентов. Даже



прохождения клинической ординатуры в течение двух лет недостаточно, чтобы стать самостоятельным специалистом – нужен опыт практической работы не менее 3-5 лет, - подчеркнула и.о. начальника бюро. – Кроме того, врачи-патологоанатомы несут огромную ответственность, ведь порой от их диагноза зависит судьба человека.

По словам руководства бюро, престиж профессии патологоанатома в последнее время снижается, ее уже называют «вымирающей». Эта проблема касается не только нашего региона, но и России в целом. В большинстве субъектов страны патологоанатомами работают люди предпенсионного и пенсионного возраста (49%). Есть среди них и те, кому 36-45 лет (26%), и молодые люди до тридцати лет (25%). Статистические данные красноречиво говорят о том, что молодежь не горит желанием выбрать эту непростую профессию.

В патологоанатомическом бюро Забайкалья в настоящее время работают 17 врачей-патологоанатомов, 25 человек среднего медицинского персонала и 17 человек составляет



младший медицинский персонал. По словам Елены Киреевой, чтобы справиться с ежедневно поступающим объемом работы, в среднем одному врачу приходится трудиться на 2 - 4,5 ставки. Это порой приводит к сбоям в здоровье сотрудников и в конечном итоге является причиной «профессионального выгорания». Одна из мер по устранению данной

проблемы - психологические тренинги для медицинских работников.

- Рабочий день врача-патологоанатома был правильно спланирован еще в советские годы. Он должен быть шестичасовым – до 15:15. Но укомплектованность бюро врачами составляет всего 34 процента, поэтому нашим специалистам приходится работать интенсивно, порой до 18-19 часов, а также в выходные и праздничные дни. Несмотря на специфику нелёгкой, можно сказать «мужской» работы, в настоящее время в бюро большинство врачей-патологоанатомов – это молодые женщины, мамы, которых дома ждут мужья и дети, - поделилась болью патологоанатомического бюро заместитель начальника Елена Дейкова. – Радует, что нынешнее руководство краевого Министерства здравоохранения сумело понять эту проблему и начало принимать меры по снижению рабочей нагрузки на наших специалистов.

По словам Елены Захаровны, в стадии завершения находится проект приказа регионального Минздрава, который распределит потоки биопсийного материала между тремя учреждениями: патологоанатомическим бюро, Академией здоровья и краевым онкологическим диспансером. Когда-то нагрузка была распределена между одиннадцатью районными подразделениями патологоанатомического бюро. На сегодняшний день осталось всего четыре подразделения: в Чите, Краснокаменске, поселке Первомайский Шилкинского района и в Петровске-Забайкальском. Из них только три первых укомплектованы врачами-патологоанатомами и фельдшерами-лаборантами. В

Петровск-Забайкальском отделении дополнительную нагрузку взял на себя врач-хирург, прошедший дополнительное обучение по патологической анатомии. Однако он будет выполнять только посмертную диагностику, а операционный и биопсийный материал пациентов доставляется на исследование в патологоанатомическое отделение Читы.



Для решения кадровой проблемы, по словам Елены Киреевой, краевой Минздрав принял еще одну меру – провести на базе Читинской государственной медицинской академии цикл профессиональной переподготовки врачей хирургического профиля центральных районных больниц, которые дополнительно к своей основной специальности будут выполнять работу по патологической анатомии в разделе «посмертная диагностика».

Большие надежды руководство патологоанатомического бюро возлагает на 2018-2019 годы – в этот срок

планируется обучение в клинической ординатуре пяти выпускников ЧГМА, пожелавшими избрать своей специальностью патологическую анатомию.

Разумеется, руководство бюро заботится о профессиональном совершенствовании своих сотрудников, и возможность обучаться в других городах для них всегда открыта. Кроме того, именитые специалисты из столичных городов нередко приезжают в Читы, чтобы поделиться с забайкальскими врачами-патологоанатомами новшествами медицины и передовыми методиками. Все врачи-патологоанатомы бюро имеют сертификат специалиста и соответствующие квалификационные категории: высшей категории - 6 врачей, первой - 5 врачей и второй - 4 врача. За многолетний труд и хорошую работу многие сотрудники бюро награждены благодарственными письмами и Почётными грамотами краевого руководства, Министерства здравоохранения РФ, а также имеют почётные звания «Отличник здравоохранения РФ» и «Заслуженный работник Забайкальского края»

Не каждый пациент, находящийся в стационаре или наблюдающийся амбулаторно, знает, что диагноз ему поставил патологоанатом. Поэтому врач, избравший такую медицинскую специализацию, нужен, прежде всего, живым людям, а не мертвым.



ОБОРУДОВАНИЕ ТРЕБУЕТ ЗАМЕНЫ

Помимо кадровых трудностей успешно достигать нормативных показателей патологоанатомического бюро мешает недостаточная материально-техническая база учреждения, а также высокая изношенность имеющейся аппаратуры.

- Фактически после 1994 года на наше учреждение в плане технического оснащения никто не обращал внимания, - сообщила Елена Дейкова. - Износ холодильных камер бюро составляет 220%, поскольку оборудование было установлено еще в начале 90-х годов. Разумеется, в случае поломки запасных частей для ремонта найти практически невозможно. По оснащенности патологоанатомических отделений необходимой и современной аппаратурой мы далеко отстали от ближайших регионов: Иркутской области и Республики Бурятия, патологоанатомическим бюро которых ежегодно выделяют от 6 до 8 миллионов бюджетных средств для развития и оснащения. По количеству исследуемого материала (в



течение 2016 года исследовано операционного-биопсийного материала от 27017 пациентов; проведено 2302 патологоанатомических вскрытий) наше бюро относится к первой категории медицинских учреждений, а по технической оснащенности не дотягивает даже до третьей. У нас преобладает ручная труд, что увеличивает сроки проведения патоморфологических исследований, а также затрудняет качество изготовления микропрепаратов.

Патологоанатомическая служба, безусловно, относится к одним из наиболее затратных и дорогостоящих медицинских организаций в отношении расходных материалов и стоимости оборудования. По словам

Елены Дейковой, один микроскоп стоит свыше 80 тысяч рублей, микротом для изготовления микросрезов - более 1200 тысяч рублей, чрезвычайно необходимый учреждению аппарат для автоматической проводки тканевых объектов - более пяти миллионов рублей, а их нужно как минимум четыре для того, чтобы бюро укладывалось в установленные в Российской Федерации нормативы.

Для решения кадровой проблемы краевой Минздрав принял еще одну меру - провести на базе Читинской государственной медицинской академии цикл профессиональной переподготовки врачей хирургического профиля центральных районных больниц, которые дополнительно к своей основной специальности будут выполнять работу по патологической анатомии в разделе «посмертная диагностика».

Необходимо учесть и тот факт, что на сегодняшний день Бюро не входит в систему ОМС и данного источника финансирования не имеет. «Безусловно, здравоохранение Забайкалья самостоятельно не сможет решить эту задачу, необходима помощь федерального бюджета», - признала Елена Дейкова.

Тем не менее, руководство и коллектив патологоанатомического бюро не опускают руки и не просто бездейственно жалуется на проблемы, а стремятся изменить ситуацию к лучшему. Осваивают и внедряют в работу виды исследований, благодаря которым учреждение получает дополнительный доход. В частности, с 2009 года специалисты патологоанатомического бюро проводят цитологические и гистологические исследования по договору с частными медицинскими организациями, частными лицами, ведомственными медицинскими учреждениями.

- Деятельность патологоанатома, прежде всего, направлена на сохранение жизни и здоровья человека, - подчеркнула в завершении нашей беседы Елена Киреева. - За каждым направлением на диагностику к этому врачу находится судьба человека. Жаль, что в настоящее время мало кто хочет приобретать специальность патологоанатома, а ведь без такого врача в медицине никак нельзя обойтись.

Юлия Болтаевская



В ПЕРСПЕКТИВЕ – ТРАНСПЛАНТАЦИЯ



Забайкальское общество хирургов организовалось давно – ещё в 50-е годы прошлого века. Одними из его инициаторов стали известные в области хирурги – Василий Коханский и Олег Троицкий. С тех пор общество переживало разные периоды – то развивало активную деятельность, то замирало. С преобразованием Читинской области в Забайкальский край общество также реорганизовалось - стало называться Забайкальской краевой общественной организацией «Общество хирургов». О его деятельности и перспективах развития хирургии наш разговор с председателем общества Сергеем ЛОБАНОВЫМ, заведующим кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии ЧГМА, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ.

- Сергей Леонидович, расскажите, пожалуйста, с какой целью было создано Общество хирургов?

- В первую очередь, конечно же, это повышение в крае уровня хирургической службы. Второе - внедрение инноваций и методов, которые появляются в России и за рубежом, их популяризация. Но, прежде чем браться за внедрение новинок, мы обсуждаем их плюсы и минусы на заседаниях общества. Изучаем, достаточно ли адекватны эти методики для нас, для Забайкалья. И только после этого даём конкретные рекомендации по их внедрению. И третье: это, конечно же, работа с кадрами, повышение квалификации хирургов Забайкальского края. Надо отметить, что деятельность общества находит поддержку и в Министерстве здравоохранения и в руководстве медицинской академии. В частности, первый зам. министра и врач-хирург по профессии Иван Иванович Шовдра, несмотря на занятость, активно участвует в работе общества. Кстати, позиция федерального министерства предполагает многие узкоспециальные вопросы делегировать профессиональным сообществам.

- Вопрос с кадрами для края очень болезненный...

- Да, у нас весьма сложная ситуация с хирургами. В некоторых районах их вообще нет. А где-то люди работают в одиночку и с очень большой нагрузкой. В целом в Забайкалье хирургических ставок около 250, а физических лиц значительно меньше. Но если брать смежные специальности, то набирается более 300 человек.

- И все они члены вашего общества?

- Да. У нас в отличие от других обществ нет такой формализованной процедуры вступления, поэтому все наши хирурги являются членами общества. Край у нас не очень большой, так что мы все друг друга знаем.

- Как построена работа в вашей организации? На что делаете упор в своей деятельности?

- Мы определили направления работы, различные секции – эдакие клубы по интересам - хирургия же наука многоплановая. В ней очень много ветвей и отраслей. В самой хирургии очень много направлений, например, герниология - учение о грыжах, абдоминальная хирургия, эндоскопическая



хирургия. Мы наметили отдельные секции и проводим тематические конференции по этим разделам. Заседания общества проходят раз в квартал, а конференции - ежегодно. Иногда даже два раза в год. В 2015 году мы проводили большую конференцию по актуальным вопросам малоинвазивной хирургии. На нее пригласили хирургов из других регионов. Проводили мастер-классы для наших врачей. В прошлом году организовали третий съезд хирургов края, также пригласив специалистов и учёных из разных регионов. К нам приезжал член-корреспондент Российской Академии наук Георгий Цыренович Дамбаев, наш земляк, выступал с очень интересными докладами. И хирурги из других регионов приехали – Иркутска, Улан-Удэ. Часто в наших мероприятиях участвуют новосибирцы. Например, несколько раз выступал Владимир Владимирович Анищенко, профессор из Новосибирска, эндоскопический хирург, который блестяще провел ряд операций по поводу ожирения и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Профессор из Москвы Николай Львович Матвеев превосходно выполнил лапароскопические вмешательства по поводу грыж передней брюшной стенки. Конечно, гораздо интереснее, когда все проходит вживую и можно воочию наблюдать и обсуждать процесс.

В хирургии постоянно появляется много новинок - инструменты, шовные материалы, методики и технологии. Поэтому когда участвуем в работе съездов в Москве, в Санкт-Петербурге, мы эти новинки привозим. Потом совместно с администрацией обсуждаем, например, возможно ли что-то приобрести, закупить для больницы. Так, регулярно появляется что-то новое в лапароскопической хирургии. К примеру, при эндоскопической аппендэктомии есть технология

наложения шва с помощью петли, она хорошая, нормальная, но занимает время. И вот появились биклипсы. Это такие двойные клипсы, которые позволяют определённый фрагмент операции значительно сократить по времени. Мы вводим инструмент, накладываем биклипсу на червеобразный отросток, зажимаем и отсекаем.

- В конференциях принимают участие все хирурги края?

- Да, мы стараемся приглашать всех, кто работает в Забайкалье, вне зависимости от ведомственной принадлежности. И проблем со сбором у нас нет. Привлекаем и молодёжь – интернов с ординаторами. Обмен опытом, возможность обсудить какие-то свои проблемы – это очень ценно. Нельзя вариться в собственном соку, нужно всегда стремиться к чему-то новому. К слову, когда приезжаешь в любую другую клинику, то сразу видишь нюансы, связанные с техническими приемами, с использованием каких-то инструментов, шовного материала. Ведь когда хирурги оперируют в своем коллективе, то вырабатывается определённый алгоритм действий, заданный обычно учителями, которые нас учили, а мы это переняли и теперь так же учим. Это выкристаллизовывается, и остаётся с нами надолго. А когда мы приезжаем в другие клиники, то видим другие алгоритмы, которые в чём-то могут быть лучше того, к чему мы привыкли, и это нужно перенимать.

Я в хирургии 40 с лишним лет. И, на мой взгляд, хирурги – особенная каста, это люди, которые переживают за свою работу, за результаты своего труда, и каждый из них старается и стремится улучшить технику. Я не знаю ни одного хирурга, который бы наплеватьски относился к своей работе и не стремился бы развивать себя, свои навыки. Неспособные и плохо обучаемые быстро отсеиваются, понимают, что пришли не в ту профессию.

Кстати, последняя конференция, которая у нас была, очень интересная, она называлась «Хирурги Забайкалья в России». Проводилась второй раз, первая прошла десять лет назад. Одним из инициаторов такого мероприятия стал депутат Законодательного собрания и член правления нашего общества, известный хирург Алексей Викторович Саклаков. Мы приглашали тех, кто окончил Читинскую государственную медицинскую академию и стал крупным специалистом, и теперь они работают заведующими кафедрами, ведущими врачами в различных клиниках. Приехали выпускники из разных городов России. Наряду с ними в форуме приняли участие известные российские учёные. В частности, профессор Александр Андреевич Щеголев из Москвы, заведующий кафедрой в университете им. Н.И.Пирогова, профессора из Владивостока, Улан-Удэ, Ярославля и других городов.

Кроме дискуссий, докладов, общения по заданным темам мы организуем выставки медицинского оборудования, препаратов и других вещей, которые могут быть интересны специалистам. Компании стараются представить всё самое передовое. А иначе где нашим врачам познакомиться с новинками?

- Участие в ваших мероприятиях каким-то образом учитывается в личном деле врача?

- Да, сейчас внедряется программа непрерывного медицинского образования. За пять лет специалист должен набрать 250 баллов. 144 балла – это обучение на сертификационном цикле, который он проходит один раз в пять лет. Конференции, съезды и другие научные собрания также учитываются по балльной системе. Российское общество хирургов взяло на себя регулирующую роль по оценке различных мероприятий. К примеру, мы планируем конференцию и направляем в общество о ней информацию. Они изучают, смотрят, есть ли мастер-классы, какой её уровень и присваивают количество баллов. Так, наш съезд хирургов был оценен в 12 баллов.

- Какие, на Ваш взгляд, направления хирургии следует развивать в Забайкалье?

- Считаю, что нужно развивать эндоскопическую хирургию. Мы имеем значительные успехи в лечении желчнокаменной болезни. Число оперированных, как в народе говорят, «без разреза», на уровне мировых стандартов: 80-90%. Вместе с тем количество эндоскопических аппендэктомий составляет около 10%. Понятно, что не всем больным можно выполнить такую операцию лапароскопическим способом. Но, тем не менее, это направление нужно развивать и ставить на поток. В первую очередь, в интересах пациента: или три дня лежать после операции, или семь-десять дней. Сроки реабилитации сокращаются почти в 3 раза. При этом значительно снижается травматичность, пациент практически не испытывает боли после операции. Экономический эффект давно просчитан, он колоссальный.

На базе Городской клинической больницы №1 есть центр эндоскопической хирургии, которым я руковожу. И в свое время мы занимались внедрением этого вида операций в крае - ездили по районам и помогали осваивать методику. Так, в семи районах края освоили с нашей помощью лапароскопическую холецистэктомию: в Петровск-Забайкальске, в Шилке, в Первомайске, Борзе, Могойтуе, Агинском,

Я в хирургии 40 с лишним лет. И, на мой взгляд, хирурги – особенная каста, это люди, которые переживают за свою работу, за результаты своего труда, и каждый из них старается и стремится улучшить технику. Я не знаю ни одного хирурга, который бы наплеватьски относился к своей работе и не стремился бы развивать себя, свои навыки. Неспособные и плохо обучаемые быстро отсеиваются, понимают, что пришли не в ту профессию.



Ясногорске. А ведь было и такое, что где-то приобретали оборудование и не знали потом, что делать с ним. И случалось, что когда мы приезжали, то начинали с того, что распаковывали ящики с оборудованием и собирали стойки. По районам эндоскопическая хирургия продвинулась неплохо, но есть еще куда развиваться. Думаю, что дискуссий, нужна ли эндоскопическая хирургия в районах, разводить не следует. Однозначно нужна, но развивать её необходимо, в первую очередь там, где имеются квалифицированные кадры и необходимое оборудование. И где есть достаточный поток больных. Например, если есть потребность, то 50-60 операций в год - это уже достаточно. И тогда стойка быстро себя окупает.

Второе направление – сосудистая хирургия.

Она, безусловно, востребована. Ведущая причина летальности - как раз сердечно-сосудистые заболевания. И куда не денешься, это тоже нужно продвигать. Хотя ангиопластика и аортокоронарное шунтирование выполняются на базе Краевой клинической больницы, я считаю, что все это надо внедрять на уровне тех крупных больниц, где есть поток профильных пациентов, требующих экстренной помощи. К примеру, если Городская клиническая больница №1 дежурит семь дней в неделю по кардиологии, то, когда привозят пациента с развивающимся инфарктом, следует действовать быстро - там речь идет о минутах. Нужно обеспечить полноценное обследование и адекватное оперативное вмешательство. И тогда реально человека вернуть к нормальной жизни и к труду.

Следующий момент: трансплантация почки. Я побывал недавно в Алтайском и Красноярском крае. Там, как и во многих других крупных клиниках, это уже практически рутинная операция. Необходимо ли это у нас? Наши специалисты, думаю, к этому технически готовы. Речь о дополнительном оборудовании, условиях, проблеме забора органов, лабораторном оснащении, что, в принципе, решаемо. Главное - востребованность. Сомнения, не будем ли мы «стрелять из пушки по воробьям». Поэтому все это требует серьезного анализа.

- Трансплантация почки – это, наверное, дело будущего и пока не совсем близкого.

- Согласен, но о перспективах нужно думать всегда. У нас очень много пациентов, которые находятся на гемодиализе, и с каждым годом их становится больше. Мы для того и собираемся профессиональным сообществом, чтобы быть в курсе новшеств, не отставать от современных тенденций. Этим нужно заниматься и просчитывать. Например, бариатрическая хирургия (ушивание желудка) – борьба с ожирением. Мы этого раньше не делали, а теперь проводим. Методику освоила Диана Баятакова из Дорожной клинической больницы и другие хирурги. И теперь людям не нужно куда-то ехать, чтобы прооперироваться. Спасибо Владимиру Владимировичу Анищенко, который провел несколько мастер-классов, и те-

перь это возможно и у нас.

- А с научной деятельностью среди хирургов как? Интересуется молодёжь наукой, есть у неё для этого время?

- Да, молодёжь сейчас занимается научной работой. И мы стараемся их подтягивать и стимулировать интерес к такой деятельности. Возможность реализоваться есть у всех. Это ведь не только перспективы, это, прежде всего, профессиональный рост. И ребята понимают: кто-то сейчас работает над диссертациями, над научными статьями. По хирургии не так много «остепененных» врачей. Здесь есть свои трудности: сложнее набрать материал, выполнить на должном уровне

Сейчас внедряется программа непрерывного медицинского образования. За пять лет специалист должен набрать 250 баллов. 144 балла – это обучение на сертификационном цикле, который он проходит один раз в пять лет. Конференции, съезды и другие научные собрания также учитываются по балльной системе. Российское общество хирургов взяло на себя регулирующую роль по оценке различных мероприятий. К примеру, мы планируем конференцию и направляем в общество о ней информацию. Они изучают, смотрят, есть ли мастер-классы, какой её уровень и присваивают количество баллов. Так, наш съезд хирургов был оценен в 12 баллов.

работу, к тому же у нас нет своего диссертационного совета. Ближайшие - в Красноярске и Новосибирске. Однако, тех, кто всерьёз занимается наукой, трудности, конечно же, не останавливают. Вот в этом году члены нашего общества защитили по хирургии две кандидатских диссертации в Новосибирске, и ещё четыре будут защищены в ближайшие меся-

цы. В конце 2015 года заметным событием была защита докторской диссертации по хирургии Евгением Размахниным.

К сожалению, любой профессиональный рост, совершенствование своих техник и навыков на росте зарплаты не отражается. Но это, прежде всего, профессиональная гордость и самодостаточность как врача и специалиста. И наши хирурги стремятся быть лучшими в своём деле. И материальный интерес здесь - не на первом месте. А мы, общество профессионалов, всегда стараемся и будем стараться этот интерес стимулировать и помогать. Нужно помнить - чтобы вырастить настоящего профессионала, врача-хирурга, требуется большой труд и многие годы. Потому необходимо создавать такие условия, чтобы подготовленные специалисты не покидали наш край.

- Благодарю за беседу!

Эльвира Паламова



КОЖА - ИНДИКАТОР ЗДОРОВЬЯ



люди могут вести полноценную жизнь, адаптироваться в социуме.

Краевой кожно-венерологический диспансер - единственное в Забайкальском крае государственное медицинское учреждение здравоохранения, в котором пациенты могут получить все виды медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» - от первичной специализированной медико-санитарной до высокотехнологичной (ВМП).

Зачастую наши земляки относятся с настороженностью к Краевому кожно-венерологическому диспансеру, полагая, что там лечатся люди с исключительно заразными заболеваниями кожи и инфекциями, передаваемыми половым путем. На самом деле, 80 процентов пациентов учреждения - забайкальцы, страдающие не опасными для окружающих, но значительно нарушающими качество жизни больных, дерматологическими заболеваниями.



Консультацию специалистов и амбулаторное лечение пациенты с острыми или хроническими заболеваниями кожи, а также инфекциями, передаваемыми половым путем, получают в поликлинике диспансера. Поликлиническое отделение рассчитано на 260 посещений в смену. Наиболее часто на амбулаторный прием приходят пациенты с аллергическими заболеваниями кожи, атопическим дерматитом,

НЕ СМЕРТЕЛЬНЫЕ, НО МУЧИТЕЛЬНЫЕ

Пора развеять мифы о кожно-венерологическом диспансере как о месте, которое следует обходить стороной.

- Вопреки всевозможным суждениям, основной контингент наших пациентов - это больные, страдающие острыми и хроническими заболеваниями кожи, не передающимися



Краевой кожно-венерологический диспансер - единственное в Забайкальском крае государственное медицинское учреждение здравоохранения, в котором пациенты могут получить все виды медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» - от первичной специализированной медико-санитарной до высокотехнологичной (ВМП).

псориазом. Амбулаторный прием организован по отдельным направлениям: дерматологический для взрослых, дерматологический для детей, микологический (для больных с грибковыми заболеваниями кожи), трихологический (для пациентов с заболеваниями волос и кожи головы), кабинеты для больных ИППП и другими урогенитальными инфекциями, кабинет анонимного обследования и лечения.

окружающим и не смертельными для самих пациентов, но существенно снижающими качество жизни, - отметила главный врач Краевого кожно-венерологического диспансера Лариса Бердицкая. — Так как большинство таких заболеваний протекают в хронической форме, наша основная задача — дать пациентам возможность получать полноценное лечение, обеспечивающее длительный период ремиссии, благодаря чему

РЕГИСТРАТУРА



С особым вниманием в диспансере относятся к консультированию и лечению подростков с ИППП. Для оказания им помощи в 2009 году в учреждении была создана Клиника дружественная к молодежи «Моя территория». Подростки могут обращаться к врачу-дерматовенерологу или психологу, не взаимодействуя со взрослыми пациентами диспансера, поскольку у Клиники дружественной к молодежи имеется собственная регистратура. По словам Ларисы Бердицкой, эффект от работы этого необычного подразделения диспансера ощутимый - за последние годы уровень заболеваемости ИППП среди подростков в Забайкальском крае и городе Чите существенно снизился и приблизился к общероссийским показателям.



Высокотехнологичная медицинская помощь, по словам специалистов диспансера, позволяет добиваться хорошего клинического эффекта и более продолжительной ремиссии у пациентов, страдающих псориазом. В 2016 году, с момента введения ВМП в практику диспансера, высокотехнологичную помощь получили 40 забайкальцев. По данным на 1 мая 2017 года ВМП была оказана 21 пациенту.

включающей использование цитостатических препаратов, плазмафереза, фототерапии, - пояснила Юлия Ткачук.

ВМП – СЕРЬЁЗНОЕ ДОСТИЖЕНИЕ

Если заболевание протекает в тяжелой форме, то пациентам назначают лечение в круглосуточном стационаре, в котором размещено 65 коек в двух отделениях, в том числе 15 коек для лечения детей. По словам заведующей дерматовенерологическим отделением Юлии Ткачук, достижением стало то, что с 2016 года специалисты Краевого кожно-венерологического диспансера оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

- Получение лицензии на оказание ВМП позволило нам оказывать помощь пациентам с тяжелыми формами псориаза, в том числе повлекшими поражение суставов. Высокотехнологичная медицинская помощь заключается в проведении пациентам комплексной терапии,



Высокотехнологичная медицинская помощь, по словам специалистов диспансера, позволяет добиваться хорошего клинического эффекта и более продолжительной ремиссии у пациентов, страдающих псориазом. В 2016 году, с момента введения ВМП в практику диспансера, высокотехнологичную помощь получили 40 забайкальцев. По данным на 1 мая 2017 года ВМП была оказана 21 пациенту.

Специализированную медицинскую помощь в диспансере оказывают и в условиях дневного стационара. В данном подразделении предусмотрено 35 коек.

- Наибольшее количество наших пациентов составляют жители Читы, у которых диагностированы более легкие кожные заболевания, не требующие круглосуточного наблюдения: аллергический дерматит, ограниченные формы атопического дерматита, экземы, псориаза, - отметила и.о. заведующего дневным стационаром Ольга Деревцова. Такая форма оказания медицинской помощи позволяет получать необходимое лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое) и находиться большую часть времени в привычных домашних условиях.

СКРЫТОЕ СТАНОВИТСЯ ЯВНЫМ

Постановка точных диагнозов и успешное лечение пациентов было бы невозможным, если бы диспансер не обладал клиничко-диагностической лабораторией, заведует которой Мыдыгма Тарнуева.

В клиническом отделении лаборатории установить наличие у пациентов возбудителей ИППП и заразных кожных заболеваний



помогает традиционный микроскоп, с помощью которого исследуется биологический материал. Здесь в две смены работают три лаборанта. К слову, лаборант дежурит даже по субботам. Исследования проводятся как в рамках обязательного медицинского страхования, так и по договорам на оказание платных медицинских услуг. По словам заведующей лабораторией, диспансер всегда открыт к сотрудничеству в области лабораторных исследований.

Основными современными методами диагностики инфекций, передаваемых половым путем, являются молекулярно-биологические – в частности метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Кожно-венерологический диспансер был первым учреждением в регионе, в котором еще в конце 90-х годов прошлого века была организована ПЦР-лаборатория.

- Сегодня мы успешно продолжаем использовать метод ПЦР уже на современном оборудовании, что позволяет выявлять все виды возбудителей ИППП и других урогенитальных инфекций, а также вирус папилломы человека различной степени онкогенного риска, - пояснил врач клинико-лабораторной диагностики Виталий Красноперов. - Метод ПЦР-диагностики направлен на исследование непосредственно возбудителя заболевания. Применяются в нашей лаборатории и новейшие тест-системы для данного метода исследования - мультипрайм. Говоря простым языком, это проведение нескольких исследований в одной пробирке, что позволяет экономить время и финансовые ресурсы.

В серологическом отделении лаборатории проводятся исследования сыворотки крови методом иммуноферментного анализа. ИФА-диагностика позволяет выявлять сифилис, а также ряд других ИППП. Кроме того, данный метод исследования определяет наличие паразитов, вызывающих некоторые дерматологические заболевания.

В бактериологическом отделении лаборатории, расположенной в цокольном этаже здания, производится посев материала на питательные среды. Рост микроорганизмов осуществляется в течение 5-7 дней, после чего специалисты могут установить возбудителя заболевания.



ВРЕМЯ ПОДУМАТЬ ОБ ЭСТЕТИКЕ

По словам главного врача учреждения, диспансер не испытывает кадрового голода - на сегодняшний день желающих получить профессию дерматовенеролога в Забайкалье немало. Постигать практические основы студенты Читинской государственной медицинской академии могут прямо на

базе учреждения, где действует кафедра дерматовенерологии. Тесное сотрудничество кафедры и диспансера позволяет обеспечивать высокое качество последипломной подготовки и привлекать перспективных молодых специалистов в Краевой кожно-венерологический диспансер и другие медицинские организации Забайкальского края.

- Коллектив нашего диспансера достаточно молодой, но большинство специалистов имеют опыт работы и соответствующие квалификационные категории, работают в учреждении и два кандидата медицинских наук. Разумеется, есть работники и с большим стажем. «Текучки» кадров нет, коллектив у нас дружный и сплоченный, - уверила Лариса Бердицкая.

Постигать практические основы студенты Читинской государственной медицинской академии могут прямо на базе учреждения, где действует кафедра дерматовенерологии. Тесное сотрудничество кафедры и диспансера позволяет обеспечивать высокое качество последипломной подготовки и привлекать перспективных молодых специалистов в Краевой кожно-венерологический диспансер и другие медицинские организации Забайкальского края.

На вопрос о том, какие планы ставит перед собой учреждение, Лариса Юрьевна отметила, что главное – стабильно обеспечивать полный комплекс обследований и методов лечения пациентов.

- Разумеется, важно соответствовать тому уровню, который заявлен для учреждений нашего профиля в России. Полагаю, что нам это удастся, но, конечно, есть еще к чему стремиться, - заключила главный врач КВД. – Например, хотелось бы продолжить внедрять новые методы лечения, усовершенствовать косметологическую помощь. У нас действует отделение косметологии, и мы планируем расширить его возможности, поскольку довольно часто при лечении ряда дерматологических заболеваний пациентам необходима коррекция состояния кожи с эстетической целью. В целом же факт, что в диспансере оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, подтверждает то, что мы находимся в одном ряду с ведущими учреждениями дерматовенерологического профиля в стране.

Юлия Болтаевская

С 4 по 6 августа в Шилкинском районе на базе реабилитационного центра «Шиванда» состоялась IV Спартакиада хирургов Забайкалья. В этом году участие в ней приняли 10 команд. Среди них – представители ведущих лечебных учреждений города Читы, Краснокаменска и районов Забайкальского края – Шилкинского, Агинского и Улетовского.

Первая Спартакиада хирургов Забайкалья прошла в 2009 году и тоже на гостеприимной первомайской земле. В ней приняли участие 15 команд, в том числе - команда хирургов Иркутской области. Следующая состоялась через год, летом 2010 года, на ее спортивных площадках состязались 16 команд. Событием лета 2012 года стала III Спартакиада хирургов в городе Краснокаменске, принимавшая семь команд-участников. Летом 2017-го по всеобщему мнению пришла пора возобновить так полюбившееся многим мероприятие, объединяющее представителей хирургической службы региона.



IV СПАРТАКИАДА ЕСТЬ РЕЗУЛЬТАТ!

Инициатором новой спортивной встречи медиков выступили Министерство здравоохранения Забайкальского края и Краевая больница № 3 п. Первомайский. В спартакиаде приняли участие 10 команд. Среди них - представители ведущих лечебных учреждений города Читы, Краснокаменска, районов Забайкальского края, доктора Агинского округа. Торжественно открыл летнюю спартакиаду хирургов первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края Иван Шовдра:

- Отрадно, что возобновляется традиция проведения спартакиады среди хирургов Забайкальского края. Безусловно, это не только спортивное общение между специалистами, но и укрепление общекорпоративного духа в системе здравоохранения. Приятно отметить, что с каждым годом становится все больше участников, причем руководители учреждений активно поддерживают свои команды. Подобные мероприятия всегда несут огромный положительный заряд, а самые спортивные работники, как правило, являются лучшими и в повседневной работе. Желаю участникам бескомпромиссной и справедливой борьбы, стремлений к спортивным высотам и достижениям.

Спортивные соревнования еще раз подчеркнули сплоченность хирургического сообщества, хирурги демонстрировали свою





ХИРУРГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ:

ловкость, мастерство, упорство и выносливость в состязаниях по легкой атлетике, гиревому спорту, дартсу, шахматам, волейболу, перетягиванию каната, играм в городки, а также в конкурсе творческих номеров, который дал возможность создать на спартакиаде по-настоящему праздничную атмосферу. В эти дни хорошее настроение не покидало спортсменов, а борьба была очень упорной, особенно в двух видах состязаний – волейболе и перетягивании каната, именно там эмоциональное напряжение участников и болельщиков было наиболее бурным. Творческие конкурсы от каждой команды поднимали настроение участников спартакиады и болельщиков.

Первое место в командном зачете заняла Краевая клиническая больница. На вторую ступень пьедестала поднялись представители команды Дорожной клинической больницы, третье место досталось команде Улетовской ЦРБ, впервые принимавшей участие в состязаниях Спартакиады хирургов Забайкалья.

Спортивные и культурные мероприятия, шуточные конкурсы, прогулки на свежем воздухе, общение с коллегами, прекрасно организованный досуг – все это надолго запомнится людям трудной и благородной профессии, на своем примере пропагандирующим профилактику заболеваний и здоровый образ жизни.

Алексей Саклаков,
депутат Законодательного Собрания
Забайкальского края



"МОЛОДОМУ ХИРУРГУ ПОЗАРЕЗ ТРЕБУЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ"

- Господи! Дай мне Феназепам, чтобы принять то, что не могу изменить!
 - Дай мне Пирацетам, чтобы изменить то, что надо изменить.
 - Пошли мне Танакан, чтобы не забыть принять Феназепам и Пирацетам.
 - И помоги найти очки, чтобы отличить одно от другого...

- Амо, морг? Это вы тут в заявке требуете десять новых холодильников?
 - Да, мы.
 - Они что у вас там - постоянно едят, что ли?..

Сын врача в детстве думал, что его папа работает на кондитерской фабрике и ликеро-водочном заводе...

Больной после инфаркта спрашивает у своего доктора:
 - Доктор, а можно мне закурить?
 — Ну, если это ваше последнее желание...

В больницу доставили человека с разбитой головой. Медсестра заполняет историю болезни:

- Фамилия? Имя?
 - Геннадий Петров.
 - Женаты?
 - Нет, что вы, автомобильная катастрофа...

Инструкция для биологов по проведению опытов над мышами:

1. Взять мышь.
2. Подготовить мышь к опыту.
3. Полученную кашицу...

Лысый гражданин приходит в аптеку и спрашивает у фармацевта:

- У вас есть средство для восстановления волос?
 - Вот возьмите этот флакон, это самое эффективное средство.
 - Вы уверены?
 - Абсолютно. Видите вон того человека с усами у кассы?
 - Да.
 - Так вот, это моя жена. Усы у нее выросли после того, как она попыталась открыть этот флакон зубами.



Психиатр тычет мне листок бумаги с кляксой:

- Что вы видите?
 - Грустного одинокого человека, изнывающего от общения с идиотами, нудной работы задешево и прочей жизненной несправедливости.
 Доктор, всхлипывая:
 - А на картинке?..
 И так мне захотелось его обнять...

- Скажи, а как пишется слово "хирург", через Е или через И?
 - Ну, это смотря какой хирург...

Старушка пришла на прием к врачу. Когда доктор спросил, на что она жалуется, та просто попросила выписать ей противозачаточных таблеток. Оторопевший доктор протормозил минуту, вспоминая все, что знал про климакс, и затем спросил:

- Я прошу прощения, но вам уже 75 лет, и детородная функция по всей видимости все равно уже утрачена. Зачем же вам противозачаточные таблетки?
 - Только с ними я могу спокойно уснуть.
 - А! Так вы страдаете бессонницей и пьете их как снотворное?!
 - Да нет, сынок, я их подмешиваю своей внучке в апельсиновый сок, и потом спокойно сплю всю ночь...

- Простите, доктор, вы не напечатаете мне в этот раз рецепт на компьютере?
 - Конечно, пожалуйста... (печатает)... вот, возьмите.
 - Спасибо, доктор! — отвечает пациент и, выйдя из кабинета, читает: «Рпинимтать по 1 тбалтеке 3 рза в деьн за асч до еьд».



Мастер, вытирая руки, сдает машину клиенту

и попутно с ним болтает:
 - А вот вы кем работаете?
 - Хирург, операции на сердце провожу.
 - И много платят?
 - Не жалуюсь...
 — Вот ведь по сути одно и то же делаем: ты движки перебираешь и я тоже, а мне платят копейки!
 — Хочешь так же, как я, получать?
 — Конечно!
 Хирург заводит движок:
 — Ну, давай, перебирай!

(Собрано на просторах Интернета)