

ПИРОГОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



2025

ВЫПУСКНИКОВ

КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ ПИРОГОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дорогие выпускники и друзья Пироговского Университета!



Мы с гордостью представляем вашему вниманию новый выпуск журнала «Клуб выпускников». Пироговский Университет — ведущий медицинский университет России с более чем столетней историей, крупнейший научно-образовательный и клинический центр. Его уникальный статус подчеркивается не только тем, что он является единственным в стране научно-исследовательским университетом в медицинской сфере, но и его лидерской позицией: именно наш Университет первым в России основал медико-биологический и педиатрический факультеты и создал крупнейшую в Европе научную лабораторию.

Образовательный процесс здесь строится на гармоничном сочетании фундаментальной научной подготовки

и раннего погружения в практику, что позволяет студентам сразу применять теоретические знания в реальных ситуациях. Выпускники Пироговского Университета получают безупречное образование, добиваются выдающихся успехов, становясь высококвалифицированными врачами, провизорами и учеными в лучших медицинских учреждениях России и мира. И с неизменной благодарностью они отзываются о годах, проведенных в альма-матер.

На страницах этого журнала они делятся своими воспоминаниями о студенческих годах, рассказывают о своем профессиональном пути и с теплотой вспоминают тех, кто помог им взойти на эти высоты. Так, из личных историй складывается общая летопись нашего Университета, связывающая вчера, сегодня и завтра.



2025

Клуб выпускников

СОДЕРЖАНИЕ

12-27 стр.	Армаис Альбертович Камалов
28-37 стр.	Елена Ефимовна Петрайкина
38-51 стр.	Григорий Павлович Арутюнов
52-67 стр.	Иван Владимирович Сиротин
68-83 стр.	Елена Игоревна Спиридонова
84-93 стр.	Павел Евгеньевич Круглов
94-107 стр.	Елена Владимировна Резник
108-121 стр.	Андрей Аркадьевич Шмилов
122-137 стр.	Антон Геннадиевич Нарбутов
138-145 стр.	Борис Яковлевич Барт











“Второй мед всегда оставался
одним из лучших медицинских
вузов, продолжая свои традиции.
И я уверен, что так и будет.”

Арман
Альбертович

Качалов

МЕДИЦИНА БЕЗ ПРАВА НА ОШИБКУ

Армаис Альбертович Камалов

Директор Университетской клиники Медицинского научно-образовательного института МГУ им. М.В. Ломоносова, выпускник 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, академик РАН, врач-уролог, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова.

РЕШЕНИЕ СТАТЬ ВРАЧОМ

Я жил в Тбилиси, окончил русскую школу в этом городе. Мои родители не имели медицинского образования: мама была педагогом, папа — инженером. Но наша мама всегда очень внимательно относилась к здоровью. Считала, что правильное питание и отношение к себе с точки зрения здорового образа жизни очень важны. Многие сегодня обсуждают пользу применения, к примеру, БАД, а мама знала об этом буквально всё. Какие листья, какие ягоды, для чего они нужны, чем могут помочь организму человека. Мама очень хотела, чтобы мы со старшим братом стали врачами. Наш двоюродный дядя был хирургом-колопроктологом в Тбилиси. И он всегда говорил: «Я один. На всю семью меня не хватит. Давайте идите во врачи, будете мне помогать». Понять его было можно, потому что вся наша армянская семья, живущая в Грузии, со своими

проблемами бежала к нему. Я о врачебной карьере тогда не задумывался, у меня были большие успехи в точных науках. Предполагал, что жизнь меня, как и папу, всё-таки сблизит с инженерным делом. Но мой брат, который уже был первокурсником Второго меда, тоже очень хотел, чтобы я шел в медицинский. На каком-то этапе ему удалось повлиять, да и мамыны уговоры сыграли определенную роль. У меня другого варианта не было: раз брат уже поступил, я должен был пройти по той же тропе и попытать свое счастье. Я поехал вслед за братом в Москву. Самый высокий рейтинг мединститут был за Вторым медом. Там преподавали и возглавляли кафедры выдающиеся люди. Потому именно туда и брат, и я направились. Это была совершенно уникальная возможность оказаться в одном из лучших медицинских вузов, попытаться найти себя в качестве врача, ученого. Мой брат поступил во Второй

мед в 1977 году, а я в 1978-м. Мне было проще, брат, когда приехал в Москву, был вообще один. Когда я приехал, мы с братом стали уже такой мощной командой, и нам было легче привыкать к московской жизни. Она, конечно, очень отличалась от той, которая была в Грузии. Первая зима, холод жуткий. Я такого никогда не знал. Мне даже начало казаться, что я не смогу учиться и жить в Москве. Хотя, как ни странно, в Грузии я серьезно занимался зимним видом спорта, и у меня даже был второй взрослый разряд по фигурному катанию. Летом, в жару, все с мячами, а я с коньками. На меня смотрели как на сумасшедшего мальчика. Помню смешной эпизод. Уже в зимней Москве мои сокурсники пригласили меня на каток, пообещав научить кататься. Надеваем коньки, мне объясняют, как надо оттолкнуться: одной ногой, второй. И я пошел, пошел... У них был шок. Вообще, студенческое время было прекрасным. Мы творили, дружили, увлекались, иногда разочарывались... Взрослели. Москва манила своей масштабностью, хотелось всё объять, испытать все возможности великого города. С другой стороны, необходимо было не запускать учебу, потому что мы понимали, что, как только появляется какой-то «хвост», он тянет тебя назад. Поэтому здесь был нужен баланс между столичными развлечениями, совершенно уникальными возможностями окунуться в творческую жизнь

столицы, познакомиться с творчеством выдающихся людей и учебой.

Учеба на первом и втором курсах давалась мне нелегко. У нас были требовательные преподаватели, серьезные кафедры. Сказывалось то, что к поступлению в медицинский вуз я начал готовиться всего лишь за год до поступления. Вкус к учебе я почувствовал, когда начался третий курс. Появились уже медицинские дисциплины, благода-

ря чему ты вдруг начинаешь ощущать, что уже непосредственно связан с пациентами, хотя пока и в качестве студента. У меня возник огромный интерес к познанию этой большой науки — медицины, к клинической работе, и вот тогда с учебой пошло всё просто здорово. И если бы мне сейчас, через много

Если бы мне сейчас, через много лет после окончания института, вдруг предложили вновь выбрать свою профессию, я точно бы снова выбрал ту же, потому что врач — не просто профессия, это состояние души.

лет после окончания института, вдруг предложили вновь выбрать свою профессию, я точно бы снова выбрал ту же, потому что врач — не просто профессия, это состояние души. Совершенно другая степень ответственности. Завершая каждый учебный цикл, мы начинали представлять себя хорошими терапевтами, кардиологами, гинекологами, урологами.

ВЫБОР ПУТИ В ПРОФЕССИИ

Я не сразу пришел к мысли стать урологом. Это было дело случая. На выездной конференции молодых ученых, в работе которой участвовали и студенты, я познакомился с Вячеславом

Анатольевичем Козловым — в то время ассистентом кафедры урологии и оперативной нефрологии Второго медицинского института. Он спросил меня о том, кем я хочу стать. Мне тогда было трудно ответить на этот вопрос, потому что я в то время не определился с выбором. И тут я услышал от него: «Только урология. Это прекрасная специальность». Вячеслав Анатольевич сказал, что представит меня замечательному профессору, который руководит кружком урологии во Втором меде. Сдержал обещание: познакомил с профессором Евсеем Борисовичем Мазо — большим ученым, очень интеллектуальным человеком. И с третьего курса я попал в кружок урологии. Евсей Борисович задавал высокую планку тем знаниям, которые мы должны были иметь. Это было даже выше, чем пройти курс урологии, который занимал на четвертом курсе всего лишь 36 часов. Понятно, что урология, в отличие от хирургии и акушерства и гинекологии, имела значительно меньше часов. Это до сих пор так, хотя я считаю, что урологии надо уделять, конечно, гораздо большее количество учебного времени.

В кружке урологии мы получили очень хорошие теоретические знания. Когда на четвертом курсе пришел цикл урологии, некоторые преподаватели смотрели на нас как на людей, которым надо преподавать азы, а я уже знал значительно больше. В то время я еще и по ночам дежурил в Первой Градской больнице, в отделении урологии, вместе с врачами, которые там работали, в том числе и с Вячеславом Анатольевичем. Когда у него было дежурство, шел вместе с ним в операционную, участвовал ассистентом во время операции. Сразу стало очевидно: я выбрал ту профессию, которой хочу посвятить всю свою жизнь.

Я до сих пор считаю, что дополнительные знания, которые врач получает, необходимы. Главная задача, с которой сталкиваешься, когда впервые начинаешь сам лечить, — это точная дифференциальная диагностика. «Твое» это заболевание или требует внимания других специалистов? Как врач, ты должен это понимать. Клиническое мышление являлось очень важной составляющей нашего обучения, как наши старые учителя говорили: «Специальность надо изучать у постели больного». Книжка книжкой, а непосредственное увидеть пациента, освоить основы пальпации, перкуссии, аускультации — это очень важно.

ОТ ЛАБОРАНТСКОЙ ПРОБИРКИ К ВЕРШИНАМ ЗНАНИЙ

Окончив Второй мед, я не получил распределения по специальности «Урология». Даже после того как окончил ординатуру по урологии от Института Вишневского, будучи уже дипломированным урологом, я не смог найти место работы урологом. И устроился во Всесоюзный научный центр хирургии (ВНЦХ), где Борис Васильевич Петровский, в свою бытность министр здравоохранения, был директором этого Центра. Его заместителем был Эдуард Никитич Ванцян — член-корреспондент Академии наук, крупный специалист по заболеваниям пищевода. Я попал в отделение пересадки органов. Это была оперативная нефрология, совершенно другая специальность. А я мечтал об урологии, очень хотел продолжать свою профессиональную деятельность как уролог. Набрался смелости и пришел к Ванцяну с просьбой посодействовать мне в этом плане. Подумав, он взял телефонную книжку, набрал какой-то номер телефона, и я услышал такой



разговор: «Коленька, привет, это тебя Эдик Ванцян беспокоит. У меня есть молодой хороший врач. Очень хочет в урологию, посмотри, может, приглянется тебе?»

Я тогда не мог себе представить, что «Коленька» — это сам Николай Алексеевич Лопаткин, который был тогда заведующим кафедрой во Втором меде и директором Института урологии, базирующегося на базе 47-й больницы на 3-й Парковой. Прихожу к Лопаткину, желая произвести впечатление на великого академика, показать, что я знаком с урологией не понаслышке, рассказываю о кружке, дежурстве в Первой Градской и т. д. Надо отдать должное этому мудрейшему человеку: он смотрел на меня, не перебивая ни разу, но когда я закончил свой монолог, Николай

Алексеевич спросил: «Лаборантом пойдете работать?» Это был момент истины. С одной стороны, мне предлагает работу академик, великий уролог, с другой — я лаборант... Мне тогда казалось, что лаборант — это про пробы. Но я, естественно, дал свое согласие. Первая моя должность называлась «старший лаборант с высшим образованием». Это была уже другая жизнь, сбывшаяся мечта. Урология совершенно другого уровня, в Институте внедрялись самые передовые технологии. Там я имел счастье работать с великими врачами, учеными, прекрасными специалистами своего дела. Одним из первых моих практических учителей был заведующий одним из отделений Александр Самуилович Немой — великий эрудит, очень интеллигентный человек. Иногда

было забавно слышать, как он отвечал на звонок телефона: «Немой слушает». Он никогда не повышал голоса, не унижал врачей, даже если кто-то провинился. Он относился к нам как к людям, которых надо еще многому научить. У него были великие познания в истории урологии. Он нам рассказывал то, что не каждый уролог знал, был учеником выдающегося уролога Анатолия Павловича Фрумкина. Наверное, с этого началась моя практическая жизнь врача-уролога — когда ты понимаешь, что ответственность перед пациентом настолько велика, что

ты не имеешь права на ошибку. Что собой представляет школа Николая Алексеевича Лопаткина? Он всегда говорил: «Самое страшное в медицине — это вранье, ложь. Если не знаешь, не можешь,

попроси тебе помочь. Потому что это пациент, и ты обязан подарить ему здоровье». Николай Алексеевич все операции, которые он делал, рисовал для себя на бумаге. Это было необходимо, чтобы понять, какой доступ к почке, к сосудам, к камню, к опухоли. В то время ведь не было таких возможностей с компьютерами. У нас был заместителем директора Борис Матвеевич Крендель — очень хороший уролог и большой практик, его ученик. Иногда Лопаткин мог сказать: «Борис, ты завтра не ставь себе операцию, постой за спиной». Мне всегда казалось поразительным, как, будучи руководителем, он просит постоять за спиной своего ученика... Причем я не помню, чтобы при этом когда-нибудь Лопаткин прибегал к помощи Бориса Матвеевича.

**Сразу стало очевидно:
я выбрал ту профессию,
которой хочу посвятить
 всю свою жизнь.**

Но главное в этом было другое — ответственность Лопаткина по отношению к пациенту. Тем самым он ставил жизнь и здоровье пациента выше, чем свой профессиональный статус — статус директора, академика. Здесь встраивались в сознание такие вещи, о которых в учебниках не прочитаешь. Это надо прочувствовать на примере тех людей, которые тебя учили отношению к своей профессии. В медицине не так, как в строительстве: кирпичи не переложить заново, у нас есть один шанс, когда скальпель у тебя в руках, и ты должен сделать это выверенно, точно, для того чтобы обеспечить функциональный результат лечения.

В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ — МУЖСКОЙ ОРГАНИЗМ

Моя жизнь была связана с Институтом урологии. Я проработал там достаточно долго, сформировался как врач и ученый, стал соискателем научной темы, которая была посвящена эндоскопическому дроблению камней мочеоточника. У меня тогда был всего один эндоскоп, а также электрогидравлический аппарат, с помощью которого я дробил камни, и несколько захватов, которые позволяли мне извлечь элементы раздробленного камня из мочеоточника. Тогда это была передовая работа, сегодня уже рутина, ее выполняют в каждой клинике. Конечно, в той медицине только зарождалась эндоскопия, в урологии еще не применялись лапароскопические вмешательства, в основном были открытые операции. Приходилось делать при рецидивах камней пять — семь операций на одной и той же почке. Каждая следующая операция была намного сложнее предыдущей. К счастью, стали внедряться эндоскопические методы лечения. Я был одним из

тех, кто разрабатывал совершенно уникальные методики эндоскопического лечения различных урологических заболеваний под руководством профессора Валентина Яковлевича Симонова, который был родоначальником эндоскопической урологии в нашей стране. Он одним из первых начал выполнять эндоскопические трансуретральные вмешательства при аденоме предстательной железы, раке мочевого пузыря и многих других заболеваниях. Именно в этом отделении я провел большое количество своего профессионального времени и практически овладел всеми эндоскопическими методами лечения. Благодаря внедрению эндоскопических малоинвазивных вмешательств в урологическую практику открытые оперативные вмешательства стали выполняться крайне редко, лишь при реконструктивных вмешательствах, травмах мочеполовой системы. Наряду с эндоскопическими и лапароскопическими вмешательствами сегодня в урологическую практику внедряются уже робот-ассистированные операции.

В моей профессиональной жизни произошли изменения, когда Николай Алексеевич предложил мне возглавить отдел андрологии, это было новое направление в медицине. В этом отделе мы занимались разработкой и внедрением новых методов диагностики и лечения заболеваний мужской половой сферы, в том числе предстательной железы, мужского бесплодия, эректильной дисфункции, изучали и другие проблемы. И на каком-то этапе я предложил Николаю Алексеевичу создать междисциплинарное направление «Мужское здоровье», в котором, помимо урологов, были бы задействованы и специалисты других профилей. Это помогло бы сфокусировать внимание на задаче



сохранения здоровья мужского населения нашей страны.

Предложение было услышано, и в 2003 году в Академии наук прошла первая конференция, собравшая огромное количество академиков, в том числе и из Второго меда. На ней присутствовало множество выдающихся людей. Лопаткин был даже несколько удивлен, что эта проблема вызвала такой интерес у специалистов других направлений. Нам удалось собрать необходимый консенсус ученых, позволивший создать как новое направление в медицине, так и новую медицинскую общественную организацию. За что мы впоследствии получили общественную премию «Лучший врач России». Конгресс, который проводится ежегодно, каждый раз собирает около 2 000 представителей различных специальностей. Мы на этих форумах разбираем смежные проблемы, помогая создавать правильные алгоритмы в диагностике и лечении мужских заболеваний.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

У меня была докторская диссертация, включающая в себя три отдельных направления. Первое — выбор тактики лечения аденомы предстательной железы больших размеров. Другая глава была посвящена разработке новых методов лечения протяженных стриктур уретры, облитерации уретры и шейки мочевого пузыря. Третья часть касалась рака мочевого пузыря. Все эти направления разрабатывались мною с использованием новых эндоскопических методов лечения. Николай Алексеевич отдавал предпочтение органосохраняющим операциям. Когда он только начал делать резекцию почки при раке, в Европе говорили, что это неправильный подход, что нельзя остав-

лять орган, пораженный онкологическим процессом, необходимо полностью удалять орган, чтобы избавить человека от заболевания. Сейчас весь мир делает подобные операции на почке. То же самое происходит с мочевым пузырем: при удалении опухоли мочевого пузыря нет гарантии от рецидивов на других участках мочевого пузыря, так как данное заболевание является высокорезидивирующим. Поэтому поиск методов борьбы с возникновением возможного рецидива был крайне актуальным. И в моей работе мы активно стали применять БЦЖ-терапию, которая доказала свою высокую эффективность.

Я помню одну пациентку, даже ее фамилию — Бандзаладзе. Когда я первый раз делал ей операцию, у нее было на тот момент около 25–30 опухолей на разных участках мочевого пузыря. Наверное, кто-то решил бы делать цистэктомию, удалять весь пузырь. Однако, учитывая, что все опухоли были поверхностными, без глубокого поражения мышечного слоя, нам удалось добиться удаления всех образований и начать БЦЖ-терапию. И на протяжении длительного времени добиться стойкой ремиссии, а также сохранить мочевой пузырь. Это еще раз послужило поводом задуматься о том, о чем говорил мой учитель: надо использовать все возможности, которые позволяют излечить пациента, при этом оставляя в сохранности орган.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНЫ В МГУ

Так сложилось, что Николай Алексеевич «по определенным обстоятельствам» покинул должность директора Института урологии, который создавал своими руками. После его ухода из Института я понял, что мне надо где-то



искать возможность для своего дальнейшего научного и практического развития. На факультете фундаментальной медицины МГУ в 2003 году была вакансия профессора, заведующего курсом урологии. Этот факультет был создан в 1992 году первым приказом ректора МГУ, когда им был избран Виктор Антонович Садовничий. Он воссоздал медицинское образование в стенах классического университета. Так я стал преподавать студентам на этом факультете урологию.

И вот тут открылась моя новая образовательная стезя. Я стал вспоминать всю ту урологию, которая начиналась у меня, когда я был студентом 2-го МОЛГМИ. Я очень четко понимал, что студентам в первую очередь необходимо знать и понять значимость этого предмета в медицине. И стараюсь найти в студентах тех, кто в последующем хотел бы продолжить свою врачебную жизнь в урологической практике. Преподавание в нашем университете отличается от преподавания в других медицинских институтах. К примеру, у нас нет кафедр естественных наук, есть факультеты. Все факультеты принимают участие в образовании будущего врача. И поэтому знания, которые получает студент факультета фундаментальной медицины, с моей точки зрения, несколько выше, чем в обычном университете. Это по сути межфакультетское образование. Когда я стал заведовать кафедрой урологии и андрологии, мне стала нужна клиническая база. Помимо того, что она была в Институте урологии, я еще попросил моего друга Георгия

Натановича Голухова, тоже выпускника Второго меда, который был тогда главным врачом 31-й больницы, предоставить урологическое отделение в качестве базы для кафедры МГУ. Он с радостью согласился и всячески помогал в развитии урологии. Впоследствии клиника урологии 31-й больницы стала одним из лучших урологических подразделений в Москве. И я пригласил моего учителя Николая Алексеевича Лопаткина в 31-ю больницу, где он проработал до конца своей жизни в качестве profes-

сора кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ.

В свое время еще великий Дебейки сказал В.А. Садовничему, что, если он хочет иметь достойное

медицинское образование в университете, у него должна быть своя университетская клиника. В 2014 году, увидев во мне еще и организаторские способности, Виктор Антонович предложил возглавить, по сути, первую Университетскую клинику в стенах классического университета в нашей стране. Для меня это было неожиданно. Но я не боюсь сложностей. Именно в них ты раскрываешь в себе скрытые возможности. Много было работы. Всё надо было начинать буквально с нуля: от лицензирования учреждения до ввода его в эксплуатацию. Наверное, наша Университетская клиника является самой молодой по сравнению с другими федеральными центрами. Но за это время мы стали достаточно серьезной клиникой с хорошими технологическими возможностями, с очень хорошим составом врачей и ученых,

**Практически всё мое
время я трачу
на те вещи, которые
нужны человечеству,
как бы громко
это ни звучало.**

которые занимаются как медицинской, так и научной деятельностью. Это была еще одна моя стезя — стать директором клиники. Я никогда не предполагал такого развития в моей судьбе, потому что был уже достаточно сформированным ученым, профессором, членом-корреспондентом Академии наук, и вдруг такая работа. Бухгалтерия, экономика, юридические аспекты, ведение всего хозяйственного комплекса — это действительно очень сложно. Но я очень благодарен судьбе, что этот жизненный этап я тоже прошел и что мне удалось (безусловно, с помощью всех причастных к созданию) сделать эту клинику передовой, настоящим флагманом в нашей стране по разработке новых медицинских технологий. Несколько лет подряд мы входим в топ-10 лучших клиник.

В ОДНОМ ИЗ ЛУЧШИХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Помимо организационной и научно-практической работы, я занимаюсь еще и общественной деятельностью. С прошлого года я вошел в состав Совета при Президенте РФ по реализации государственной демографической и семейной политики. Кроме этого, возглавляю секцию по биотехнологии и медицинскому приборостроению в Научно-техническом совете госкорпорации «Ростех», участвую в работе Совета Федерации в качестве председателя Экспертного совета Межпарламентской комиссии России и Армении.

Практически всё мое время я трачу на те вещи, которые нужны человечеству, как бы громко это ни звучало. Мне кажется, это тоже характерно для врача — всегда кому-то помо-

гать и быть полезным. Часто вспоминаю наших учителей из Второго меда, оставивших неизгладимый след в моей жизни. Конечно, в первую очередь это Николай Алексеевич Лопаткин, он просто часть моей жизни. Уникальный ученый — ректор 2-го МОЛГМИ Юрий Михайлович Лопухин. Следующий ректор института — известный ученый-биолог Владимир Никитич Ярыгин. Великие ученые и педагоги — Галина Михайловна и Виктор Сергеевич Савельевы, Евгений Иванович Гусев и многие другие. Сегодня я горжусь тем, что многие выпускники Второго меда достойно продолжают врачебную деятельность, стали академиками, членами-корреспондентами Академии наук, профессорами, организаторами здравоохранения. Вероника Игоревна Скворцова, с которой я имел счастье учиться в одно время, прошла все этапы профессионального пути и дошла до поста министра здравоохранения, а на сегодняшний день возглавляет самое крупное Федеральное медико-биологическое агентство. Георгий Натанович Голухов и Алексей Иванович Хрипун, выпускники Второго меда, с которыми я учился, в разное время были назначены руководителями Департамента здравоохранения города Москвы. Мы окончили институт, а после все разбежались. Никто не представлял, какая будет жизнь и как сложится судьба. Наш любимый Пироговский Университет выпустил большую плеяду замечательных ученых. Когда проходят выборы в Академию наук, я внимательно смотрю, кто выдвигается из «наших». Мне бы хотелось, чтобы Второй мед всегда оставался одним из лучших медицинских вузов, продолжая свои традиции. И я уверен, что так и будет.





“Очень важен элемент преемственности и наставничества: когда ведущие специалисты передают бесценный опыт, а врачи нового поколения внедряют собственные инновации, тогда и сохраняются традиции.”

Елена
Гриchenkina

Гриchenkina

40 ЛЕТ СЛУЖЕНИЯ И ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Елена Ефимовна Петрайкина

Директор Российской детской клинической больницы (РДКБ) — филиала Пироговского Университета, заведующий кафедрой эндокринологии Института материнства и детства Пироговского Университета, главный внештатный специалист — детский эндокринолог Минздрава России по Центральному федеральному округу, главный внештатный специалист — детский эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор, заслуженный врач Москвы, заслуженный врач РФ.

— Елена Ефимовна, 2025 год для РДКБ — знаковый: больница отмечает 40-летие работы. Какая роль отводилась РДКБ при создании?

— Безусловно, 40 лет — значимая дата для нашей больницы. За это время, несмотря на самые разные исторические периоды своего развития, неразрывно связанные с историей страны, она прошла впечатляющий путь: от первых корпусов, открывавшихся в 1980-е годы, до крупнейшего многопрофильного медицинского педиатрического центра страны, флагмана детского здравоохранения. Но главным приоритетом с самого основания неизменно оставалось здоровье детей.

Перед РДКБ стоял ряд важнейших задач — развитие специализированных, наукоемких методов оказания медицинской помощи, внедрение в клиническую практику инновационных

практик, обеспечение потребности регионов страны в высокотехнологичных видах лечения. С открытия больницы более 90 % детей приезжали на лечение в РДКБ из регионов.

Здесь закладывались многие направления педиатрии и детской хирургии, внедрялись уникальные методы лечения редких и тяжелых заболеваний, проводились сложнейшие операции.

В РДКБ открылись первые в стране отделения: трансплантации костного мозга и почек в многопрофильной клинике, медицинской генетики, челюстно-лицевой хирургии для детей, коечное рентгенохирургическое отделение в рамках многопрофильного стационара.

— **Какие результаты развития РДКБ за последние годы Вы можете отметить?**

— Я возглавила РДКБ пять лет назад и могу отметить, что за эти годы боль-

ница, процессы оказания здесь медицинской помощи претерпели серьезные изменения. Значительно возросло количество обращений и госпитализаций в клинику, повысилась востребованность у регионов. Сегодня свыше 45 тысяч пациентов ежегодно госпитализируются в РДКБ, что в 2,5 раза выше, чем в 2020 году. В Телемедицинский центр поступает около 36 тысяч обращений — в 3,5 раза больше, чем пять лет назад.

Мы активно участвуем в выполнении возложенных государством задач — оказываем медицинскую помощь детям, пострадавшим в зонах чрезвычайных ситуаций.

Так, были созданы десять функциональных центров для пациентов, требующих постоянного междисциплинарного взаимодействия.

У нас появилось коечное отделение медицинской реабилитации для детей, которое 1 июня 2022 года открыл министр здравоохранения Михаил Альбертович Мурашко.

Были открыты безаналоговые подразделения: Федеральный детский реабилитационный центр «Кораблик» и отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации.

— **В чем их уникальность?**

— «Кораблик» — мультидисциплинарный реабилитационный центр на 200 коек в Подольске, который является структурным подразделением Российской детской клинической больницы.

Здесь мультидисциплинарная команда специалистов разрабатывает индивидуальные планы реабилитации для каждого ребенка. Центр оснащен высокотехнологичным оборудованием и роботизированными тренажерами. Реабилитацию в Центре проходят пациенты с патологиями нервной системы,

орфанными заболеваниями, дети, которые перенесли онкологические заболевания и тяжелые травмы, в том числе в результате ДТП.

Отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации РДКБ — первое в России отделение, где для детей внедрена технология реабилитации в реанимации «РеаБИТ». Здесь получают помощь пациенты, которым требуется проведение длительных реабилитационных мероприятий с обеспечением дыхательной, сердечно-сосудистой, реанимационной поддержки.

Расширение реабилитационных возможностей, внедрение уникальных технологий позволяет чередовать курсы реабилитации с этапным лечением в рамках одного учреждения, что способствует сохранению преемственности в ведении пациента.

— **Какие направления медицины получили наибольший импульс в последние годы?**

— Активно развивается генная терапия, патогенетическое лечение. РДКБ — больница «последнего шанса», и за последние годы лечение в клинике ежегодно получают около 1 000 пациентов с орфанными заболеваниями.

Лекарственными препаратами и медицинскими изделиями таких детей обеспечивают Минздрав России и Фонд поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра».

В ноябре 2024 года впервые в России пациент с дефицитом декарбоксилазы ароматических аминокислот получил один из самых дорогостоящих препаратов в мире — «Эладокаген экзупаровек». Уникальную операцию по введению лекарства в головной мозг

пациента провели нейрохирурги РДКБ, которые впервые в мире использовали для этого особую нейронавигационную станцию — безрамный стереотаксис. В течение года такую терапию получили еще четыре ребенка.

В 2024 году РДКБ стала одним из трех федеральных центров, выбранных экспертным советом фонда «Круг добра», для получения пациентами с мышечной дистрофией Дюшенна нового вида генной терапии — препарата «Деландистроген моксепарвовек» («Элевидис»).

В 2022 году здесь впервые в России начали проводить терапию препаратом «Восоритид» для детей с ахондроплазией, которая позволяет избежать инвазивных хирургических вмешательств и улучшить качество жизни пациентов. А с 2021 года в нашей клинике дети со спинальной мышечной атрофией получают лечение препаратом «Золгенсма».

Пациентам с орфанными нейродегенеративными заболеваниями мы также первыми в России начали проводить трансплантацию костного мозга — в 2004 году провели пересадку ребенку с синдромом Гурлера. С этого момента в отделении трансплантации костного мозга РДКБ прошли лечение почти 100 пациентов с редчайшими патологиями.

— Хирургия в РДКБ традиционно является одним из приоритетных направлений. Какие новые возможности появились в последние годы?

— История Российской детской клинической больницы началась именно

с хирургической службы. Структура больницы росла и развивалась именно на основании ее хирургической школы. Наши хирурги в прошлом году выполнили 16 тысяч оперативных вмешательств, что почти в два раза больше, чем пять лет назад.

Хирургическая служба РДКБ сегодня — это 12 современно оснащенных операционных и 16 специализированных отделений.

Особенное внимание уделяется развитию малоинвазивных, органосохраняющих подходов к выполнению хирургических вмешательств, которые позволяют сохранить не только здоровье, но и качество жизни ребенка. Сегодня значительная часть операций

выполняется эндоскопически, что существенно облегчает и сокращает период послеоперационной реабилитации.

Мы активно развиваем спинальную хирургию, лечение патологий костной системы, супермикрохирургию, где работа происходит со структурами менее полумиллиметра, витреоретинальную хирургию, выполняется широкий спектр реконструктивных вмешательств на органах головы и шеи, брюшной и грудной полости.

— РДКБ активно участвует в спасении детей из зон чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов, из прифронтовых регионов и стран Ближнего Востока. Какие случаи Вы можете особенно выделить?

— Выполнение таких государственных задач — одно из важнейших направ-

**РДКБ никогда
не оставалась в стороне
от драматических событий
и всегда откликалась
на необходимость помочь
в самых
сложных ситуациях.**



лений работы больницы. На протяжении своей истории РДКБ никогда не оставалась в стороне от драматических событий и всегда откликалась на необходимость помочь в самых сложных ситуациях: после землетрясения в Спитаке (Армения), Ашинской трагедии (Башкирия), захвата школы в Беслане, терактов, автокатастроф и мн. др.

Сейчас мы оказываем помощь детям, пострадавшим в зоне проведения специальной военной операции, из прифронтовых областей. Мы на экспертном федеральном уровне проводим телемедицинские консультации, специалисты нашей клиники входят в состав бригад для экстренного выезда в зоны чрезвычайных ситуаций, а самых тяжелых пациентов специалисты сопровождают при их экстренной эвакуации в РДКБ, где коллектив клиники круглосуточно оказывает всю необходимую высокотехнологичную помощь.

В конце 2023 года произошел обстрел Белгорода. Тогда ведущие детские хирурги, травматологи-ортопеды, анестезиологи оперировали пострадавших детей 31 декабря, буквально за несколько часов до новогоднего праздника. Тогда нам удалось спасти всех доставленных к нам детей, предотвратить тяжелые осложнения.

Я убедилась, что у наших специалистов в любых обстоятельствах присутствует понимание важности государственных

задач, возложенных на Российскую детскую клиническую больницу.

— **Телемедицина стала одним из драйверов развития оказания медицинской помощи в РДКБ. Насколько ее применение повышает доступность высокотехнологической помощи детям из регионов?**

— РДКБ является лидером в России по числу телемедицинских консультаций для помощи детям. Мы в режиме 24/7 дистанционно консультируем медицинские организации регионов России и зарубежных стран по всем профилям, включая экстренную и реанимационную помощь при чрезвычайных ситуациях. Количество обращений в Телемедицинский центр РДКБ демонстрирует, что мы продолжаем оставаться востребованными в регионах, несмотря на выраженные тенденции к развитию и улучшению здравоохранения на местах.

— **РДКБ — университетская клиника. Каким образом удастся сочетать науку и практику в рамках одной больницы?**

— В РДКБ клиническая практика и медицинская наука существуют в постоянном взаимодействии. Вместе с академиком РАН Александром Григорьевичем Румянцевым, научным руководителем Института материнства и детства Пироговского Университета, нам удалось создать на территории РДКБ кампус, который находится в самом сердце больницы. В отделениях

практически нет кафедральных помещений для теоретических занятий — студенты сразу оказываются у постели больного.

Также в наших отделениях реализуются программы повышения квалификации для специалистов здравоохранения. Так, врачи из регионов и даже из-за рубежа получают возможность на практике перенять уникальный клинический опыт, освоить сложнейшие методики лечения и хирургических вмешательств.

— **Какие исследования и клинические апробации за последние годы внедрены в практику РДКБ?**

— Клинические апробации — это еще одна сильная сторона университетской клиники. Федеральная клиника разрабатывает инновационные методы обследования, и в случае доказательства их безопасности и эффективности они внедряются в широкую клиническую практику, становятся методами высокотехнологичной медицинской помощи. У нас впервые в стране проходит клиническая апробация иммунотерапии при сахарном диабете первого типа у детей — в случае успеха применение иммунотерапевтического препарата «Ритуксимаб» в комбинации с инсулинотерапией позволит более эффективно лечить диабет.

Также наши специалисты проводят не менее значимые клинические апробации в области медицинской реабилитации, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии.

— **РДКБ славится своим экспертным составом. За счет чего удастся сохранять и развивать школу ведущих специалистов?**

— В нашей больнице трудятся 100 кандидатов и 39 докторов медицинских наук, 18 заслуженных врачей РФ, 89

специалистов отмечены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», многие врачи являются доцентами, профессорами кафедр.

В этом году в рамках Всероссийского конкурса Минздрава России мы были удостоены трех призовых мест в номинациях «Лучший невролог России», «Лучший офтальмолог России» и «Лучший оториноларинголог России». Очень важен элемент преемственности и наставничества: когда ведущие специалисты передают бесценный опыт, а врачи нового поколения внедряют собственные инновации, тогда и сохраняются традиции.

— **Какую роль больница будет играть в системе детского здравоохранения в будущем?**

— Мы с уверенностью смотрим в будущее и стремимся к дальнейшему развитию и сохранению роли флагманской педиатрической клиники Минздрава России. Именно здесь создан замкнутый контур оказания медицинской помощи: начиная от первичного консультирования, экстренной реанимации, всех профилей в отделениях до завершающей реабилитации в «Кораблике».

Сейчас принято решение о строительстве нового корпуса Российской детской клинической больницы на 800 коек прямо на нашей территории. Этого требуют современные реалии медицинской логистики и организации медицинской помощи.

— **Если бы Вам нужно было одним предложением сформулировать миссию РДКБ сегодня, как бы оно звучало?**

— Наша миссия остается неизменной все 40 лет: «Здоровье детей — наш приоритет».





“ Это важно, что ты знаешь
какие-то правила, но очень
важно что-то человеческое
сказать, утешить.”

Григорий
Иванович
Крутильников

НАУЧИТЬ НЕ ТОЛЬКО ЛЕЧИТЬ, НО И ЧУВСТВОВАТЬ

Григорий Павлович Арутюнов

Д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач Российской Федерации, президент Евразийской ассоциации терапевтов, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, директор Института клинической медицины, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1 Института клинической медицины Пироговского Университета.

«ДОВОЛЬНО БОЛЬШОЙ ПРОМЕЖУТОК В ШКОЛЕ О МЕДИЦИНЕ РЕЧИ НЕ БЫЛО НИКАКОЙ»

Родился и учился в школе в Тбилиси. Честно говоря, довольно большой промежуток учебы о медицине речи не было никакой. Я могу сказать, что во многом поворот в сторону биологии получился чисто случайно. Родители не имели никакого отношения к медицине. Папа — отставной военный, мама — домохозяйка. Может быть, если бы был рядом врач, наставлял, говорил, это было бы осознанно. Когда я учился в четвертом классе, родители, обеспокоенные тем, что я в основном играю в футбол, решили отдать меня в кружок авиамоделирования во Дворце пионеров. Честно сказать, вспоминая то время, я понимаю, что не мог быть хирургом, потому что руки точно росли не оттуда, как-то

у меня это не получалось. Педагог, который понял, что я в основном опасаюсь гнева родителей, сказал: «Знаешь, я тебя честно буду отмечать, но перестань ломать пилки лобзиками, иди погуляй по Дворцу пионеров». Это был поворотный момент. Я действительно пошел гулять по Дворцу пионеров, и мне очень понравился запах. Я помню это. Я просто пошел на этот запах и оказался в химической лаборатории, кружке по химии. Там сначала сказали: «Четвертый класс — это очень рано, приходи года через четыре». Но мне так всё понравилось, что потом там же предложили: «Ну хорошо, давай начнем. Приходи, будешь мыть посуду, и если тебе это понравится, можешь остаться». Меня туда просто тянуло, я ходил с огромным удовольствием. И как-то так получилось, что гораздо раньше других стал погружаться в эту науку. Я с большим удовольствием читал учебник по химии. А когда она

началась в школе, был уже существенно продвинут. И у меня как-то складывалась идея сделать карьеру химика. Я был довольно успешен в предмете. В составе команды Грузинской ССР мы выиграли чемпионат, среди участников команд по химии я получил там грамоту. Это очень помогло при поступлении. Потом возникла ситуация, когда со мной поговорила женщина-педагог, которая меня туда пустила, она сказала: «Вот у тебя есть такая черта в характере — ты довольно честолюбивый. У тебя не очень сильно с математикой. Я тебе честно могу сказать: если ты станешь химиком, то явно не в первых рядах. Но химия очень широко представлена в биологии... Попробуй, может быть, ты пойдешь в биологию, и тебя это больше заинтересует». Какой-то момент был поворотным. Когда-то была очень популярна книга «Рассказы о хирургах», сейчас она, конечно, вызывает улыбку, потому что там довольно примитивные описания, но в то время она произвела впечатление, и как-то меня потянуло в эту сторону. Так сложилось, что, хорошо окончив школу, я поступил во Второй медицинский институт.

«СЛУЧАЙНО ПОПАЛ ВО ВТОРОЙ МЕДИЦИНСКИЙ»

Я приехал в Москву один, без родителей. По прилете во Внуково меня потрясла тетка, стоявшая с бельевой прищепкой, на которую был прикреплен листок. Из любопытства я просто подошел прочесть. Там было написано: «Комната». Так я снял комнату, ведь мне нужно было где-то в Москве остановиться. Я у нее спросил, как попасть в медицинский институт. Она мне сказала: «Выйдешь со станции метро “Фрунзенская”, пойдешь пешком». Я пошел пешком, смотрю — приемная комиссия. Это

оказался Второй медицинский. Вот так я случайно в него попал. В тот первый раз я не поступил. Год я занимался сам и работал на скорой помощи санитаром. А потом, уже во второй раз, поступил. Я безумно благодарен судьбе, что так получилось. За год работы на скорой я точно понял, что всё это мне очень нравится. Здесь уже было всё достаточно серьезно. На скорой это автокатастрофы, какие-то отравления, суицид меня очень потряс. Я это хорошо помню. Потрясением было в семнадцать лет это увидеть. Во второй раз я был не просто мотивирован, знал, что это мое.

«В ИНСТИТУТЕ БЫЛИ ШТАНИЯ»

Это довольно сложно, когда из провинции приезжаешь в столицу. Соблазнов практически нет, потому что нет финансов для этих соблазнов. В конце первого курса начал работать. Мне повезло — я работал в 59-й больнице, в кардиологическом отделении. В институте были штания. Не могу сказать, что я сразу захотел стать кардиологом. На младших курсах на меня очень большое впечатление производили фундаментальные науки. И просто потрясла эмбриология. Я так увлекся этим! Сейчас с большой теплотой вспоминаю Юрия Константиновича Елецкого — царствие ему небесное. Он заведовал кафедрой гистологии, поощрял кружок и т. д. Но когда увидел, что я перегибаю палку в плане своего сумасшедшего увлечения, сказал мне: «Ты так увлечен эмбриологией, но здесь ты не станешь эмбриологом. Ты учишься медицине. Уходи из медицинского института и иди в МГУ, где кафедра эмбриологии, если тебе это так нравится». Надо сказать, это был для меня очень большой удар. Начало третьего курса, особенно

не с кем было посоветоваться по этому поводу. Я помню, на дежурстве поговорил с доктором, он сказал: «Зачем тебе это надо? Будешь всю жизнь с микроскопом сидеть, а здесь живая работа». Ну, не знаю, вряд ли это повлияло на меня. Но я отошел. Потом был небольшой период, когда меня мало что увлекало. Не могу сказать, почему мне захотелось стать инфекционистом в конце третьего курса. Тогда наша кафедра была на Соколиной Горе. Наверное, начитался литературы об особо опасных инфекциях. Хотя маловероятно, что они встретятся в твоей жизни. И как-то меня остудило. Я продолжал работать санитаром. У нас была очень сильная лаборатория гемостаза, основанная Павлом Евгеньевичем Лукомским. Там были великолепнейшие врачи: заведующий кафедрой Виктор Алексеевич Люсов, Юрий Борисович Белоусов... Целая плеяда аспирантов работала. И хотя это не входило в обязанности, но я мог посидеть и послушать, что они говорили. На меня сильное впечатление производило то, что они делали, скажем, в блоке интенсивной терапии. Тромбоз коронарных артерий... Это сейчас, пожалуйста, на каждом углу тебе тромбозис сделают или стент поставят. Тогда это были в прямом смысле пионеры, настоящие первопроходцы. Это было потрясающе! И больше я уже не колебался. Решил стать кардиологом в неотложной кардиологии. Я окончил институт и должен был распределяться в больницу Академии наук, но в последний момент это было переиграно, и я попал на кафедру к Алексею

А потом, уже во второй раз, поступил. Я безумно благодарен судьбе, что так получилось.

Викторовичу Виноградову в клиническую ординатуру. Он очень поощрял стремление ординаторов к научной работе. У него был очень непростой характер, но я ему благодарен, потому что он был энциклопедистом. На обходе чего только он не говорил: «Где тебя учили? У тебя засохшие мозги, ты молодой, это стыдно». Надо было подтягиваться. Было неловко при нем ляпнуть что-то не то. Он, пожалуй, был жесток в каком-то плане, но я ему благодарен. Возможно, в чем-то были элементы дрессировки, но, по сути, это была школа. После окончания ординатуры у Алексея Викторовича, он сам предложил мне поступать к нему в аспирантуру.

«У АЛЕКСЕЯ ВИКТОРОВИЧА ВИНОГРАДОВА БЫЛО ОЧЕНЬ МНОГО ХРИСТИАНСКОГО ГУМАНИЗМА ПО ОТНОШЕНИЮ К БОЛЬНЫМ»

Я занимался темой острого инфаркта миокарда. Тогда это было очень модно. Масса некроза, прогнозы, много патанатомии, построение решающих правил. В итоге дальше меня ждал обычный путь: сначала в качестве ассистента, потом — полставочного доцента, далее — доцента, профессора. Затем Алексей Викторович ушел с заведования, пришел Александр Серафимович Мелентьев, и ему я очень признателен, потому что это был яркий врач, классический вариант методиста, который многие вещи зажимал в рамки, что, безусловно, помогало. Я так и остался на кафедре, стал профессором. Потом были



Московский факультет и Геннадий Иванович Сторожаков — первый проректор в институте. Под его эгидой была создана кафедра Московского факультета, затем она слилась с кафедрой пропедевтики педиатрического факультета, так и получилась кафедра, которую я возглавляю сейчас.

Если этот период и был для меня без потрясений, то, безусловно, очень интенсивный в плане самообразования. Алексей Викторович мог в любой момент в коридоре остановить и спросить: «Ты знаешь, что это такое?» И если ты не знал какого-то синдрома, он продолжал: «Ты меня расстроил». В конце моей первой статьи он написал: «Раньше люди, окончив гимназию, писали грамотно. Чего и вам желаю по окончании аспирантуры». Он считал, что самый большой грех — это низкий профессионализм. Был религиозным, из семьи иерархов церкви, его супруга — тоже. У него было очень много христианского гуманизма по отношению к больным. Он считал, что путь в медицину никогда не бывает случайным. Другое дело, что подняться в медицине — это как подняться в гору. И кто-то не справился с тем, что было сказано сверху, а кто-то справился. Но если ты справился, но у тебя низкий уровень знания, то это грех. Потому что ты не сможешь оказать ту помощь, которую от тебя ждут. Он говорил это очень искренне. И у меня это очень искренне. Мне трудно согласиться с доктором на обходе, когда я вижу, что имеет место

однобокое суждение и что нет никакого желания что-то изменить в своем знании. Алексей Викторович был своеобразным человеком, но это заставляло очень много работать. Часто встречался в библиотеке. Очень поощрял чтение книг, обсуждение. Я дважды читал одну и ту же книгу, и сейчас Господь дал мне возможность реализовать те мысли, которые тогда появились. Это была книга Ганса Селье. Сейчас многие его не знают, а те, кто помнит, говорят, что он занимался проблемой стресса. Но он занимался не только стрессом. Я совершенно случайно прочел еще в институте его книгу «Стресс» в русском переводе. Там он впервые описал события одного эксперимента. Когда испытуемых животных

кормили избыточно солью, они умирали от инфаркта миокарда. То есть он описал повреждение миокарда. Я с Виноградовым обсуждал этот вопрос, у меня были свои соображения по этому поводу. Но он тогда предложил мне пойти иным путем — сделать определенные шаги в жизни, защитить вначале кандидатскую, потом докторскую. Дождаться, когда мысли созреют, а в это время уже появятся ученики. И с ними реализовывать свои идеи. Я очень благодарен Виноградову за это. При всем его жестком характере он каким-то образом сформировал мой вектор. Я очень стараюсь, пусть в более мягких формах, чем он, своим сотрудникам и аспирантам это передать. Мысль остается в голове.

Мы надеемся, что, создав такую предпроездовственную практику, мы сможем существенно «подтянуть» человека к его рабочему месту. Он выйдет более подготовленным, не будет «плавать».

Недавно мы выиграли очень большой европейский грант. Совместная работа прошла в Италии. Ну вот к проблеме натрия и повреждениям миокарда получилось вернуться сейчас. Нам впервые в мире (это подтверждено в публикации) удалось доказать, что натрий находится вне клетки в миокарде, он соединяется с ликозаминогликанами, и это создает «экзоскелет» для миокарда и нарушает диастолу. Это оказалось удивительно интересным направлением. Второе, что обсуждалось с Виноградовым, — проблема прогрессирующей потери мышечной массы у больного с тяжелой недостаточностью кровообращения, саркопении. Почему это возникает? Почему у такого больного теряется мышечная масса, снижется мышечная сила? Он не может ходить, не может дышать. Он же ест, как и все, а мышцы исчезают. Вот это оказалось интересным направлением, нам довольно много удалось сделать вместе с сотрудниками, несколько кандидатских. Наверное, это и есть связь времен.

«ХОРОШО ПОМНЮ, КОГДА ВПЕРВЫЕ УДАЛОСЬ СПАСТИ ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКУ»

В ординатуре я работал санитаром в кардиореанимации. Обычная работа, не героизм на фронте. Как-то утром просто с ведром и шваброй совершенно случайно оказался рядом с палатой, где у пациента случилась клиническая смерть. Пока сестра побежала звонить доктору, мне удалось титаническими усилиями выкатить из палаты тяжеленную кровать с металлическими спинками и маленькими роликами. Потом я на нее запрыгнул и начал реанимировать. Пациент не умер, его удалось довести. Я это очень хорошо помню. Виктор Алексеевич

Люсов даже сказал потом: «Вот молодец наш студент, хоть и санитар, а не растерялся!» Виктор Алексеевич тоже сыграл большую роль в моей жизни. Он был заведующим кафедрой, но всё время работал со студенческим кружком. Очень поощрял научные исследования, и под его руководством у меня была опубликована первая работа в журнале «Кардиология» на четвертом курсе. Она называлась «Изучение вязкости плазмы у больных с острым инфарктом миокарда». У меня было много работ в этом направлении, в том числе и студенческих. Я докладывал на всероссийской конференции, которая проходила в Чите, даже премия у меня там была. Виктор Алексеевич больше меня в науке наставлял. Виноградов больше внимания уделял клинике. Он считал, что клиника и наука должны идти рядом. Я так же считаю. И Люсов, и Виноградов слились у меня в голове в простую формулу: если ты что-то увидел в палате, не можешь это объяснить или объяснение путанное, тебе повезло. Тебе Господь послал случай. Ты этот случай постарайся исследовать.

Когда люди рассказывают о своей жизни, обычно кажется, что это такой легкий путь. На самом деле это очень тяжело. Это дежурства, большие проблемы с зарплатой. Особенно когда ты молодой, и родился ребенок. И ты должен дежурить сутки через сутки. Это проблема, потому что ты не приходишь в семью. Жена — врач, она точно так же должна дежурить (врачи часто женятся на тех, с кем работают). Моя жена работала в реанимации, и я работал в реанимации, только в другой. Я в кардиологической, она — в общей. На утренней конференции как-то сели рядом и, как это случается, поняли, что

должны быть вместе. Сын Александр. Он больше кардиолог, доктор наук уже. Тоже здесь учился, аспирантуру оканчивал. Идет своим путем.

**«ВСЯ МОЯ ЖИЗНЬ,
ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПОСЛЕДНИХ
ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ, ПРОШЛА
В 4-Й ГРАДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ»**

Около восьми лет я проработал в реанимации как дежурant, потом еще курировал как сотрудник кафедры. Но Виноградов всё же повернул меня в терапию, и вторая половина жизни уже связана с ней. Началась работа в терапевтическом отделении. Их у меня было несколько. Самое яркое время, когда работал в 4-й Градской больнице. Она просуществовала 265 лет. Это первая гражданская больница в России, построенная Екатериной Великой в ознаменование выздоровления Павла. Там исторические здания. В свое время даже был военный госпиталь Наполеона. Что ни корпус, то какая-то история. В 4-й Градской больнице (ранее Павловской) работал великий Фёдор Петрович Гааз — знаменитый немецкий врач, прославившийся, помимо своих выдающихся результатов в области офтальмологии, лечением беспомощных больных в богадельнях. По решению императрицы Марии Фёдоровны доктор Гааз был принят на государственную службу и назначен главным врачом Павловской (потом

4-й Градской) больницы. Там была сделана первая пункция перикарда французским врачом Домиником Жаном Ларреем — главным хирургом армий Наполеона. Во дворе есть клен, посаженный Александром I.

Кафедра в этой больнице была 92 года, но я работал там с ординатуры. Считайте, вся моя жизнь с 1977 до 2019 года, за исключением последних четырех лет работы в Госпитале для ветеранов войн, прошла в 4-й Градской больнице. И каждый камень меня знал, и каждая собака. Здесь умерли мои родители. Сейчас это боль для меня. Потому, что 4-я Градская закрыта. Идет

под снос по причине крайней ветхости многих помещений. Исторические здания останутся, остальное снесут. Там будет жилой комплекс...

Между прочим, когда я там работал, у меня даже появилось хобби. Мне очень понравилось гонять по бездорожью. В 4-й Градской больнице был доктор, который как-то предложил

мне съездить с ним и посмотреть. Вот я помню, мы с ним в воскресенье поехали, и мне правда так это понравилось. Такие прекрасные «покатушки» по топкому берегу. Сейчас уже возраст не тот. Там молодежь одна. В студенчестве я себе позволял только плаванием заниматься, это тоже было своеобразным хобби. Еще в школе я попал в юношескую сборную, сначала плавал, потом перешел в водное поло, и тоже неплохо пошло. Но в девятом классе моя мама

**Очень важный момент
мы внедрили: студент
обязательно пишет вечером
эссе и присылает педагогу
на электронную почту,
а на экзамене вместо
«болтовни по билетам»
проходит проверку
в формате станции
с имитатором больного.**



решительно положила конец этому увлечению. Тогда я это воспринимал как просто перечеркнутую жизнь, был безумно на нее обижен. Сейчас я понимаю, что она сделала благо. Мама сказала мне (и я очень хорошо это помню): «Ты ходишь на тренировки семь раз в неделю. Я вижу, что у тебя проблемы с математикой, русским языком, ты забрасываешь химию. Мне это не нравится. Давай закончим со спортом». Для меня это было ужасно. Я же привык заходить в класс и, расправляя плечи, небрежно рассказывать о том, как было на сборах. Надо было видеть глаза девочек и мальчиков. Спортивные друзья говорили идти в спортивный институт, где меня будут счастливы взять, потому что я в сборной. Пережив этот тяжелый момент, я понял, что, оказывается, всё было не напрасно. Жестко поломав мои планы тогда, мама изменила мой вектор.

«ДРУГАЯ ЖИЗНЬ, ДРУГИЕ ПАЦИЕНТЫ»

В 2019 году я перешел в Госпиталь для ветеранов войн. Там началась другая жизнь, это другие пациенты. Те же терапевтические отделения, хирургия, многопрофильность. Это современная больница, построенная единым комплексом. Там определенные сложности, потому что нужно было войти в этот мир. Кафедре надо было перестраиваться. Одно дело — привычное и понятное терапевтическое многопрофильное отделение, где с утра шум, гам, больные в коридоре, потому что

в палате нет мест. Всё привычное, хорошее. Запахи родные, любимые люди. И вдруг нам надо переезжать. Но повезло. Совершенно замечательный главный врач, который понимает трудности адаптации, поддерживает, очень хорошая команда. Началась перестройка кафедры. Здесь студенты начинают видеть немножко других больных. Больше порядка. Нет проблем отвезти больного, да и контингент больных поменялся. Он в основном возрастной. У нас третий курс. Это пропедевтика, практически фундамент (довольно в широком смысле этого слова). Мы стараемся внедрить какие-то новые педагогические приемы. Фундамент — это не только то, чему ты студента научил, и он может грамотно аускультировать или пальпировать. Есть вещи не менее важные. Как, например, научить чувствовать, что больной — это страдающий человек. Без подхода, механистически, нельзя. Это важно, что ты имеешь какие-то знания и навыки, но очень важно что-то человеческое сказать, утешить.

«СОВРЕМЕННЫЙ МИР ТРЕБУЕТ, ЧТОБЫ СТУДЕНТ ПОКАЗАЛ, ЧТО ОН УМЕЕТ ДЕЛАТЬ»

Студенты должны научиться систематизировать свои мысли. Их до этого учили химии, физике и математике. Очень важный момент мы внедрили. Студент обязательно пишет вечером эссе. Присылает педагогу на электронную почту. Педагог читает. Конечно, часто видит, что много списывают с учебника или из интернета. Но мы не щелкаем по

Если ты что-то увидел в палате, не можешь это объяснить или объяснение путанное, тебе повезло. Тебе Господь послал случай.

носу за это. Гораздо важнее, чтобы студент понял, что именно надо было сказать. Внедрили другую форму экзамена. Он не проходит «болтовней по билетам». У нас экзамен станцией. Экзаменатор сидит, рядом с ним имитатор больного, студент не знает, на что нажимает, на любую клавишу, у экзаменатора появляется тема. Например, пневмония. Тот, кто имитирует больного, рассказывает о своих проблемах со здоровьем. Ясно то, что он в состоянии рассказать, а студент должен понять, построить план обследования, задать вопросы. Если он проходит такой тест (его предварительно, конечно, учат), мы считаем, что фундамент состоялся. И дальше пожалуйста, наслаивайте на этот фундамент. Имитаторов (а ими выступают ординаторы) мы тоже готовим заранее, чтобы они чушь не несли. Такой вот регламент внедрили. Мы собрали несколько очень классных симуляторов на кафедре. Да, современный мир требует, чтобы студент показал, что он умеет делать, вначале так, потом вместе с педагогом, у постели больного. Это трудно, но очень важно.

«СОЗДАВ ТАКУЮ ПРЕДПРОИЗВОДСТВЕННУЮ ПРАКТИКУ, МЫ СМОЖЕМ СУЩЕСТВЕННО “ПОДТЯНУТЬ” СПЕЦИАЛИСТА К ЕГО РАБОЧЕМУ МЕСТУ»

Первая задача, которая стоит передо мной, — это новая программа по специальности «Лечебное дело». Я не хочу сказать, что до меня это было что-то плохое, это не так. И люди очень интенсивно работали, создавали эту программу, но сейчас определенным образом видоизменяется сама структура преподавания в высшей школе. Больше индивидуального подхода.

У нас немного кафедр в институте — пятнадцать. Пока есть проблема связать эти кафедры воедино в научном плане. Одно из направлений — формирование модуля. Человек, например, получает базовое образование по специальности «Лечебное дело», допустим, в течение трех лет он углубленно изучает эндокринологию, хирургию, неврологию, и это, помимо базового образования, дает ему дополнительные знания. Мы надеемся, что в дипломе будет указано: базовая специальность «Лечебное дело» (с углубленным изучением эндокринологии, хирургии, неврологии). Бесспорно, это откроет совершенно другие двери. Студент сможет с большей вероятностью поступить в ординатуру, а при конкурсовании во время приема на работу для отдела кадров подобный диплом будет более значимым, чем тот, в котором нет такой записи. Это поощрение определенных интересов, и предоставить такую возможность — очень важно. Второй момент — наверное, оптимизация, которая у нас в сторону большей практики. Когда я учился в Советском Союзе, там была субординатура. И она давала очень много. Человек, уходя из института, понимал, как он будет работать. А сейчас некоторые, окончив медицинский институт, приходят и создают головную боль для главного врача, который порой боится действий этого человека. Сажает его с опытной медсестрой и показывает, на какую клавишу можно нажимать, а на какую нет. Полгода-год входит в курс проблем, потому что был не готов к этому. Надеемся, что, создав такую предпроизводственную практику, мы сможем существенно «подтянуть» специалиста к его рабочему месту. Он выйдет более подготовленным, не будет «плавать». Это очень важно.





“Каждый врач — это не только практик, но и ученый. Не только чтец профессиональной литературы, но и ее критический аналитик, добросовестный и здравомыслящий экспериментатор, обладающий собственным клиническим опытом».

Иван Владимирович

Кравченко

ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОНЯТЬ ТРАВМУ

Иван Владимирович Сиротин

Врач — травматолог-ортопед, д.м.н., доцент ВАК, заведующий отделением травматологии и ортопедии Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Пироговского Университета, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Института хирургии Пироговского Университета.
Медицинские стажировки: Waldkrankenhaus «Rudolf-Elle», Eisenberg (Германия); Hahnemann University Hospital, Philadelphia (США); Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена.
Автор более 50 публикаций в отечественных и зарубежных медицинских изданиях, пяти патентов на изобретения.

ТРАВМАТОЛОГ ВМЕСТО МИЛИЦИОНЕРА

В мединститут меня решила отправить моя мама. У нас немедицинская семья: родители — учителя, дед — военный топограф, еще есть строители по отцовской линии. Единственный врач — троюродная тетка из Минска. А я хотел стать милиционером. Подруга моей мамы Елена Семеновна Милосердова, очень сильный педагог, преподаватель биологии, была классной руководительницей в лицейском медицинском классе при Российском государственном медицинском университете (РГМУ) имени Н.И. Пирогова в 344-й школе.

И вот мама пошла на хитрость: как-то внушила мне, что надо в него пойти учиться, чтобы потом поступить в медицинский институт, где я смогу выучиться на судмедэксперта, а это почти то же самое, что и милиционер. Я ей поверил — и поступил. О чем, конечно, не жалею. Мне очень легко давалась учеба на первом курсе, наверное, потому что химия, физика и биология в лицейском классе были на хорошем уровне. Однако понял со временем, что, изучая такое количество анатомии, физиологии, оставаться вне клиники было уже не интересно. Посмотрел фармакологию — наиболее близкую дисциплину к практическому применению химии, мне это

не понравилось, потому что всегда шел от людей. Тогда я активно занимался спортом, и многие мои сокурсники, которые тоже увлекались спортом и хорошо учились, пошли в травматологию. Так мы оказались в студенческом научном кружке травматологии и ортопедии, который базировался в 64-й больнице (теперь — Больница имени В.В. Виноградова). И с этого всё началось. Куратором кружка был доцент Сергей Семёнович Копенкин, он сейчас работает у нас. У него так проходили занятия со студентами, что сразу же все в группе хотели стать травматологами. А когда он еще и дежурил, то все ходили к нему на дежурство. К другим не ходили, а к нему — человек по 15. Я втянулся, тоже стал ходить на дежурства. Параллельно с третьего курса работал медбратом в 5-й городской больнице (теперь — Больница Святителя Алексия). Там осваивал сестринское дело, но, конечно, врачу долго работать медбратом не стоит, потому что менталитет меняется, начинаешь рассуждать по-другому. Не так, что анальгин — это метамизол натрия, а так, что анальгин — средство от головы. Хотя это не должно никак принижать роль медсестер — без них врачам работать просто невозможно. Но меня тогда засосала студенческая научная жизнь. У нас был очень сильный кружок.

ЗА ЗНАНИЯМИ — ЗА РУБЕЖ

Еще у меня был один момент: работал у нас такой тогда ассистент — Глеб Владимирович Коробушкин, вместе

с ним мы осуществили казавшуюся фантастической идею — поехали посмотреть, как всё устроено в Германии. Я знаю два языка: английский и немецкий (профильный). Была такая служба (она и сейчас есть) — Немецкая служба академических обменов (DAAD). Там публиковали адреса сайтов всех немецких вузов. Мы составили письмо, в котором написали: «Мы, студенты РГМУ им. Н.И. Пирогова, хотели бы приехать к вам и посмотреть, как вы работаете. Готовы принять ваших студентов у нас». В итоге летом 2003 года к нам приехали два парня из Дрездена, которые месяц были в Москве, у нас им зачали практику. Потом был первый наш ответ. Второй контакт был в Тюрингии, у них там есть Йенский университет — старейший в Европе, у которого в Айзенберге находилась чисто ортопедическая клиника. Весной 2004 года мы с товарищем поехали в Дрезден на поезде, где встретились с нашими немецкими студентами-практикантами, а потом на машине — в Йену, где нас встретил один из нынешних директоров Университетской клиники Лейпцига профессор Андреас Рот. У нас завязались очень теплые отношения. Мы и сейчас их поддерживаем, не потеряли контакт. У нас есть совместные публикации и в России, и в Европе, совместные доклады на конференциях. Мы съездили тогда на конгресс по хирургии стопы, проходивший в Кёльне, перезнакомились там с разными врачами, из Европы, из Англии, с членами EFAS (Европейское общество хирургов стопы и голеностопного сустава). Доктор, с которым я ездил,



написал диссертацию на тему «Перелом пяточной кости». У нас был свой доклад. Все участники делали постеры к своим докладам, а у нас его не было в принципе — в то время напечатать плакат размером А1 за короткое время было очень непросто. Мы распечатали на А4 цветные фотографии и кнопками их прикрепили. Немцы ходили и умилялись. Но всё прошло нормально, нам даже дали какую-то почетную грамоту. Это заложило профессиональную основу. Там я посмотрел, как работают врачи в операционных, как организован прием больных, а также их послеоперационное ведение. Я еще не особо знал, как у нас это делают, но понимание, как должно быть, у меня сложилось. В 2005 году мы поехали с двумя ординаторами уже на три недели. Очень плотно работали. И после этого я решил, что моя судьба складывается так, что от ортопедии мне уже никуда не деться.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ. ВАКУУМНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ. ПРОСТАГЛАНДИНЫ

В середине 2000-х ситуация с эндопротезированием была сложной. Операции длились по несколько часов, было много осложнений. Школы эндопротезирования крупных суставов у нас еще почти не было. Одним из первых эндопротезистов был заведующий нашей кафедрой Владимир Васильевич Кузьменко. Он обучался в Европе и Америке, учил здесь. Но я, к сожалению, у него не успел обучиться. Да и нацелился я тогда в большей степени на обучение экстренной травматологической помощи. Очень много этому посвятил работы. В 2008 году я впервые поехал в Америку. У меня товарищ, с которым я учился в одном классе, обучился в Штатах и стал там

ортопедическим хирургом, что соответствует нашему травматологу-ортопеду. Мы с ним как-то списались, выяснили, что оба работаем по одному профилю. Я смотрел на их работу. Там не было ортопедии, было много травматологии. С этими знаниями я вернулся в Россию, и в 2008 году мы с коллегами в 64-й больнице одними из первых в стране применили систему вакуумного дренирования ран, которая сейчас просто спасение для гнойной хирургии. У нас тогда ее не было. Мы делали из того, что могли использовать, — из подручных медицинских материалов. Применяли при массивных скальпированных ранах, полученных в дорожно-транспортных происшествиях, при тяжелых открытых переломах и т. д. Вакуумное дренирование — это когда на обширную раневую поверхность накладывается повязка, а под повязкой с помощью специального прибора создается вакуум постоянно. На этом фоне рана не инфицируется, но дает возможность хорошо разрастись грануляционной ткани, которую легко можно потом закрыть с помощью кожной пластики. Просто если делать перевязки — ничего не происходит. Эта методика очень современная, западная, я изучил ее, и здесь легко это воспроизвели при лечении тяжелых травм. Тогда это было событием, а теперь, спустя почти 20 лет, — рутинная практика для хирургических отделений. Когда я еще на пятом курсе учился, у меня появилась очень интересная идея, которая спустя годы нашла свое воплощение в одной диссертационной работе. Тогда у нас вел занятия заведующий отделением гнойной хирургии Сергей Витальевич Горюнов, лауреат премии Правительства Москвы по медицине и обладатель первого места в номинации «Лучший хирург» Всероссийского кон-

курса врачей. Он работал в 15-й больнице имени Филатова. Сергей Витальевич рассказывал нам, как при облитерирующем эндартериите можно улучшить кровоснабжение, вводя простагландины — препараты, улучшающие артериальный кровоток, и обойтись без ампутации. У нас есть такая же проблема ухудшения кровообращения при травме, за счет чего может образоваться ишемическая контрактура, нагноиться перелом и т. д. Но здесь для введения простагландинов есть противопоказания из-за рисков развития кровотечения. Эти препараты имеют очень узкие показания — облитерирующий эндартериит. А суть введения простагландина — расширение артерии и, соответственно, улучшение питания. Эта идея пришла мне в голову, но реализовалась, когда Павел Владимирович Липинский, аспирант, начал работу над своей кандидатской. Мы вместе с ним и ассистентом Алексеем Витальевичем Ивковым тогда решили попробовать поставить эксперимент на кроликах, для того чтобы выяснить, как простагландины будут влиять на течение раневого процесса и перелома. Этот эксперимент впоследствии позволил сделать вывод, что введение простагландинов, не усугубляя проблему кровотечения (при адекватном гемостазе плохого не будет), ускоряет сращение кости до двух раз, а также улучшает заживление мягких тканей и проводит профилактику развития раневой инфекции. То есть выброс простагландинов в кровь (синтетические препараты — это аналоги природных веществ организма) является еще одним защитным механизмом организма при

получении травмы. Они ускоряют сращение кости, заживление ран, повышают качество костной мозоли. Это была первая такая идея, она подтверждалась в других работах. Это было потрясающее открытие, которое мы сделали. Павел Владимирович Липинский написал диссертацию, мы опубликовали совместную с зарубежными коллегами статью. И с докладом по этой теме поехали в 2013 году в Германию, в Ваймар, выступили на конференции по остеологии.

**Так и должно быть
в принципе в медицине.
Не навреди, помоги, отдай
тем, кто сможет завершить
лечение.**

Эта работа утвердила меня во мнении, что успехи практического здравоохранения невозможны без глубокого понимания сути происходящих в организме процессов.

Каждый врач — это не только практик, но и ученый. Не только чтец профессиональной литературы, но и ее критический аналитик, добросовестный и здравомыслящий экспериментатор, обладающий собственным клиническим опытом. Этот принцип я реализовал и при работе над своей докторской диссертацией. Мы с коллегами выработали новые подходы к стабилизации тазобедренного сустава при эндопротезировании, в эксперименте изучив влияние на это малой ягодичной мышцы. В институте важнейшей для меня была кафедра патофизиологии. Я с теплотой вспоминаю доцента Татьяну Юрьевну Ручинскую — она до сих пор еще работает. Это человек, который заложил в меня и моих одногруппников всю терапевтическую базу. Она говорила: «Врач-лечебник не может не найти инфаркта миокарда на ЭКГ. Кем бы он ни был — терапевтом, хирургом или урологом».

Окончательно же расставил точки над «и» мой непосредственный учитель в ортопедии Александр Борисович Бут-Гусаим. Профессор, доктор наук. Он сейчас работает у нас на кафедре. С 2007 года взял меня и еще одного врача и просто обучил тому, как надо делать так, чтобы не было осложнений. Конечно, я потом уже сам развивался, у меня диссертация была — перелом шейки бедренной кости, в ее основе было эндопротезирование. Мои знакомства за границей только улучшили всё это дело, какое-то время мы с Александром Борисовичем уже, наверное, вместе развивались. Он мне дал всё, что он знал на тот момент, он был и остается настоящим учителем в эндопротезировании. Когда он пришел в 64-ю больницу, всё, что было нехорошо, изменилось. Все проблемы сразу как-то решились.

ИСТОРИИ СПАСЕНИЯ

Очень хорошо помню, как я поставил первый эндопротез, когда Александр Борисович ушел в отпуск. Волновался сильно, пациенту было 78 лет, из помощников был только мой товарищ, с которым нас вместе профессор учил эндопротезированию. Но результат вышел отличный, сказался уже достаточный опыт выполнения отдельных элементов такой операции. Человек через несколько дней пошел, вскоре был выписан, ничего у него не нагноилось. Я это воспринимал как чудо!

Со временем эта операция стала обычной. Хотя однажды на операционный стол с тем же диагнозом попал мужчина, которому было 104 года. Он поступил к нам после того, как упал, катаясь на коньках в парке Горького. Он всю жизнь жил в доме, который находится рядом с Нескучным садом. Всегда занимался спортом. И вот

упал. Прооперировали, и уже через несколько дней после операции тоже встал. Вскоре его выписали, и он ушел домой на своих ногах.

Не так давно к нам попал военный — штурмовик с территории проведения специальной военной операции — с последствием огнестрельного ранения в бедро. Пуля пробила тазобедренный сустав, разрушила головку бедра и вертлужную впадину, прошла по седалищному бугру и застряла справа в мягких тканях в области крестца. Ему удалили пулю и провели первичную обработку раны по месту жительства, в Донецкой Народной Республике. Была высокая вероятность развития инфекции в области сустава после эндопротезирования, поэтому мы следили за ним, контролировали анализы крови, которые он присылал из Донецка, ждали, когда инфекция выведется из организма полностью, а также срастется вертлужная впадина, чтобы иметь возможность поставить протез в принципе.

Спустя 11 месяцев воспалительный процесс мягких тканей прекратился, парня доставили к нам, и мы сделали операцию. Удалили разрушенную головку тазобедренного сустава и установили имплант.

За полтора месяца с момента операции парень практически восстановился и начал передвигаться без помощи костылей.

ПОИСКИ СЕБЯ

У меня был период, когда я хотел стать реаниматологом. Пошел к реаниматологам, а там оказались еще и травматологи. Посмотрел, кто что делает. Когда я первый раз пришел на дежурство, привезли человека, сбитого поездом. Это тяжелый случай. Надо четко понимать, что нужно делать в самом начале, что



в конце. На тот момент пострадавший уже находился на искусственной вентиляции легких, в травматическом шоке. Надо было зафиксировать переломы. То, что я видел тогда, в 2002 году, и потом, в 2012 и 2022 годах, — это, конечно, уже небо и земля. За последние 20 лет представления о травме здорово поменялись. Если раньше была направленность минимального вмешательства, то сейчас концепция минимально необходимых вмешательств. Стабилизированная кость при множественной травме более важна, чем невмешательство, несмотря на небольшую дополнительную травму. Чтобы не усугубить травматический шок, надо наложить один или несколько аппаратов, фиксирующих кость. Тогда шансы спасти больного повышаются многократно.

Со временем я уже полностью освоился, понял, что нужно для того, чтобы хороший результат операции был максимально вероятен.

Еще студентом я дежурил, помогал врачам. Совершенно очевидно, что хирург формируется на дежурствах, наблюдая и запоминая, как делаются простые манипуляции. Я очень хорошо помню события 14 февраля 2004 года в районе Ясенево, когда случилось обрушение «Трансвааль-парка». Ближайшей как раз была 64-я больница, туда повезли всех — и детей, и взрослых. Тогда врачи проявили себя очень достойно. Сразу около 30 поступлений, если правильно помню, а это очень много для бригады из трех травматологов и двух хирургов. И там были очень тяжелые ситуации. Люди все поступали раз-дети, при минус 25. Травмы были

самые разные: от скальпированных ран до множественных переломов и разрывов внутренних органов. Молодой человек закрыл свою девушку собой от упавшей бетонной плиты, помог ей разместиться в машине скорой. Ее потом спасли, а его не смогли. Обычно на дежурстве работали два хирурга и три травматолога. Я четвертым пришел на дежурство, чтобы помочь. В такой экстренной ситуации самым важным было отделить больных: тех, кому нужно было оказать помощь немедленно, от тех, кому помощь требовалась не так срочно. Обзвонили коллег, и пока они приехали в больницу, успели отделить тех, кому нужна была экстренная помощь, отправили их в реанимацию или операционную, а других паци-

ентов бинтовали, сортировали так, как нас обучали в рамках военно-полевой хирургии в институте. Это дало эффект, потому что мы не тратили время на легкие повреждения, занимались

более тяжелыми. Я в полной мере тогда ассистировал, помогал. Этот эпизод произвел на меня очень сильное впечатление. Очень большой опыт тогда я получил. Потом еще был опыт при терактах — на станции метро «Парк культуры», в аэропорту Домодедово. Тогда экстренная хирургия у меня была в приоритете. Я даже не мыслил заниматься плановой. Увлёкся наукой, продолжил после в Германии заниматься стопой. Не оставлял эту тему еще где-то десять лет.

Мои ординатура и аспирантура прошли в 64-й больнице. Уже после защиты возник вопрос: чем дальше заниматься?

**Тогда я доверился
маминому мнению,
и теперь об этом,
конечно, не жалею.**

Я немного помыкался. Поработал в разных местах. Потом вернулся на родную кафедру, работал ассистентом. Докторскую диссертацию я надумал писать в 2014 году. Работа была о подготовке тяжелых больных к эндопротезированию и профилактике осложнений. Это было необходимо для того, чтобы избавиться окончательно от тех 5–10 % осложнений, которые существовали. Когда в 90 % случаев уже всё хорошо, но еще остаются какие-то проценты, которые внушают опасения. Как провести профилактику вывиха, как снизить риск инфекции и кровотечения и т. д. — всё это нарабатывалось на кафедре.

До 2016 года я работал в 64-й больнице, потом остался там в платном отделении, а с 2017 года заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Института хирургии Пироговского Университета Карен Альбертович Егиазарян попросил возглавить клиническую базу, представительство нашей кафедры в 15-й больнице (ГКБ им. О.М. Филатова). Проработал пару лет там. Потом меня пригласила заведовать отделением Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского Университета его директор — профессор Ольга Николаевна Ткачёва. И с 2019 года я уже пришел сюда заведовать.

Когда я пришел, пришлось показывать врачам, что я бы хотел видеть. Они здесь были обучены довольно своеобразно. Была необходимость привести всё к единому знаменателю и, что еще более важно, сделать всё в соответ-

ствии с современными требованиями к работе ортопедического отделения. Уделял внимание даже «мелочам», без которых эффективная и безопасная работа отделения невозможна, — использованию одноразового белья, хирургических пленок с антисептиком, алгоритмов профилактики инфекции и кровотечения. Даже с пожилыми анестезиологами, которые здесь работали, приходилось «сражаться», когда надо было вводить препарат, который мы считали нужным, а они опасались, т. е. не имели опыта работы с ним. Всё получилось. Возможности расширяться есть. Эти алгоритмы, наверное, можно применять к любому плановому хирургическому отделению. У нас было 40 коек, сейчас — 20. Сократили. Мы тут базируемся с отделением кисти. У нас средний койко-день — 3,5. Больные после эндопротезирования уходят через три дня на своих ногах домой. Они ходят уже на следующий день после операции.

Конечно, многое удалось внедрить на базе моих знаний, полученных в том числе и с помощью контактов с зарубежными коллегами. Зато в плане активизации пациентов уже меня многому научили в РГНКЦ Пироговского Университета, отлично всё умели делать. Даже я немного опасался, а они настаивали, что надо быстрее поднимать больных. Эта система, которую мы все здесь разработали, очень хороша в плановой хирургии. У всех есть свои системы, у нас эта. Мне нравится мое отделение. И если будет возможность расширить, почему нет? Этот опыт, который мы уже получили, имеет

**Когда я пришел, пришлось
показывать врачам,
что я бы хотел видеть.
Они здесь были обучены
довольно своеобразно.**

смысл передать. За прошлый год мы поставили 402 эндопротеза. Для сравнения: по моим сведениям, в отделении одной из крупных московских клиник на 80 коек за год было поставлено около 1 200 эндопротезов, а мы ставим 402 эндопротеза при наличии 12 коек, потому что еще восемь используются для лечения больных с заболеваниями кисти.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ПОНИМАТЬ ТРАВМУ

Мое основное место работы — кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Института хирургии Пироговского Университета. Я профессор на этой кафедре. Веду занятия со студентами. То есть в РГНКИ Пироговского Университета я заведующий по совместительству. Семинарские занятия, конечно, отличаются от лекционных. Мне кажется, непрофильного студента не надо загружать лишним знанием шага резьбы на винте, который вкручивают в кость, — не тот уровень. Это ординатор (не студент) должен знать. Необходимо сосредоточиться на общей базе, без чего ты как врач не можешь оказать человеку адекватную помощь. Усвоить, как сохранить пациенту здоровье до того момента, пока ты не отправишь его для оказания специализированной помощи. Это та этапность ведения, которую мы учили и применяли при ликвидации последствий чрезвычайных происшествий. Наверное, так и должно быть в принципе в медицине. Не навреди, помоги, отдай тем, кто сможет завершить лечение. Хирурги, терапевты должны понимать, что такое перелом шейки бедренной кости, открытый перелом, знать, как правильно его зафиксиро-

вать. Это надо понимать и держать в голове. Высокоэнергетическая травма прежде всего подлежит внимательному осмотру. А не просто: «Болит? Не болит? До свидания». Мы неоднократно слышали от коллег о ситуациях, когда поступал человек, который упал, ударился боком, рукой, вывихнул палец. Палец вправили, отпустили. А через два дня он умирает от разрыва печени или других повреждений. Если у тебя пациент с подозрением на травму грудной и брюшной полости, головы, то делаешь УЗИ брюшной полости, в идеале — КТ, МРТ, и это по протоколам для экстренной травматологической помощи. Понимание этого должно быть заложено в сознании врача изначально, на уровне обучения в институте.

Еще мы стараемся показать студенту реальную практику здравоохранения, которая актуальна сегодня и будет актуальна, когда он окончит вуз. Например, кроме диагностики и лечения, мы рассматриваем то, что должен сделать врач — травматолог-ортопед в качестве должностного лица, если к нему поступил пациент после ДТП. Вплоть до того, чтобы передать телефонограмму в полицию, взять кровь на алкоголь. Это важно. Это обязательно. Без этого нельзя.

У нас своя программа. Травматология, ортопедия. Она так расписана, что у студентов фактически закладываются та база, которую в меня заложили в практике экстренной травматологии и ортопедии. Там есть и теория, есть и личный практический опыт. Но, конечно, для того чтобы понять травму, нужно видеть травматологического больного. Надо идти на дежурства в большие приемные отделения больниц, где сосредоточена вся первая помощь, и учиться.







“ В нашей профессии необходимы
терпение, амбициозность,
перфекционизм и железный
стержень внутри. ”

Елена Игоревна

Смирнова

СЧАСТЬЕ В КАЖДОМ РОЖДЕНИИ

Елена Игоревна Спиридонова

Главный врач (2012–2025), медицинский директор по акушерству и гинекологии Клинического госпиталя «Лапино», акушер-гинеколог, заслуженный врач Российской Федерации, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, к.м.н., выпускница 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского Института имени Н.И. Пирогова.

В декабре 2024 года Президент России Владимир Владимирович Путин наградил Елену Игоревну Спиридонову за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу орденом Пирогова.

СТАТЬ ВРАЧОМ С ТРЕТЬЕЙ ПОПЫТКИ

Когда я была еще совсем ребенком, в нашей большой семье очень много родственников болели. И в детстве я очень хотела им помочь, но не знала как, не умела. Могла только сочувствовать и сострадать. Уже тогда мои игрушки — куклы, мишки, зайцы — подвергались «лечению». Они были разрисованы, забинтованы, как будто бы болели, и потом выздоравливали. В школе, в классе шестом, у нас появились вожатые. Один из них оказался человеком, фанатично увлеченным медициной. Он постоянно

рассказывал, как собирается стать врачом, и буквально заразил меня второй волной увлечения медициной. Я уже больше не представляла ничего другого, кроме как стать врачом. Хотя в нашей семье медиков не было. Мои родители, бабушки и дедушки не хотели, чтобы я стала врачом. Прочили мне математические, экономические или языковые вузы.

Я начала больше интересоваться биологией, химией, читать специализированную литературу. В выходные дни ездила в МГУ, на лекции по биологии, химии. Окончив школу с серебряной медалью, посетила дни открытых дверей в мединститутах.

У нас тогда были Стоматологический институт («Третий мед», как его называли), 2-й МОЛГМИ и Академия имени Сеченова. И мне понравился больше всего именно Второй медицинский. Решила поступать туда. Парила на крыльях, считала, что раз серебряная медаль, то всё будет безоблачно и хорошо... Но счастье было не столь близко. Сдаю вступительные экзамены и не прохожу по конкурсу. Это была трагедия в моей жизни на том этапе. Мне не хотелось ни жить, ни есть, ни пить. Я уже видела себя врачом, и здесь такая неудача. Но, поборов слезы, я отправилась в медучилище, базирующееся на базе больницы «РЖД» на Яузе. Училась и в свободное от работы время мыла полы в этой больнице. Завершив первый год обучения, я пытаюсь поступить в мой любимый вуз вновь. И опять преследует неудача. Но накал не снижается. Учусь, работаю санитаркой, совершенствуюсь, помимо санитарского, уже в сестринском деле. Делаю инъекции — внутримышечные, внутривенные. Я безмерно благодарна тому медицинскому сообществу, которое научило меня видеть больного буквально с нуля. Оканчиваю медицинское училище с красным дипломом, и снова в бой. И вот пришло ко мне долгожданное счастье. Поступаю в наш 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. Хотелось петь, танцевать. Добилась, поступила.

«ПОБЕДИЛО» АКУШЕРСТВО

Дальше начались годы учебы в драгоценном, ненаглядном институте. Было интересно всё. Те годы, которые я училась в институте, сопровождалась работой в больнице. Имея сестринский диплом, я совмещала уже не санитарское, а сестринское дело. В глубине

души гордилась, что я умею то, чего пока не могут однокурсники: ставить инъекции, ассистировать на операциях, перевязывать раны, помогать врачу. Я видела медицину изнутри, чувствовала ее. Пока училась в институте, меня не покидало желание пройти все специальности: хирургию, терапию, инфекционные болезни, педиатрию... Но главным для меня было всё-таки то счастье, которое в момент выздоровления испытывают люди. Хотелось, чтобы это ощущение оставалось на всю жизнь. Как если бы речь шла о таких праздниках, как свадьба, Новый год или 8 Марта. И потому в плане выбора специальности «победило» акушерство. Моя профессия, моя жизнь, мое призвание — быть ответственной за жизнь матери и ребенка. У родителей была знакомая, она работала в роддоме. И когда мы встречались на праздниках, Зоя Михайловна Федер захватывающе рассказывала, как к ним приезжали из дальних регионов люди, которые не могли забеременеть, родить, как в Москве им помогали выносить ребенка и благополучно родить, как эти люди были счастливы. Эти воспоминания, наверное, тоже повлияли на мой выбор. И вот уже 30 лет моя жизнь неразрывно связана с акушерством, профессия требует от меня полной самоотдачи, чистоты души, безграничной любви к женщине. И на сегодняшний день мной «рождено» более 30 000 детей — как итог моей работы.

ПЕРВЫЕ РОДЫ

Помню «мои» первые роды в ординатуре. Я работаю в отделении патологии беременности. Первая операция. Я ее хорошо запомнила потому, что обычно мы, ординаторы, в это время стоим только «на крючках». Я знаю, что

у женщины рубец на матке. Оперирует наша заведующая, ассистирует врач, который работает в отделении, а я стою «на крючках». Мы подготовились к операции. Входим в операционную, и Валентина Петровна Орешкина мне говорит: «Меняемся местами». У меня шок: как это — меняемся местами?! Она повторяет: «Меняемся местами». Я встаю на место хирурга, который оперирует, а врачи, мои «звезды», мне ассистируют. С испуга всё получается. Врачи потихонечку, конечно, подсказывают, руководят мной. Всё проходит штатно. Не так, как это было, когда я впервые присутствовала на родах на четвертом курсе. Во время цикла по акушерству и гинекологии в 3-м роддоме города Москвы нашу группу впервые привели на роды. И вот уже второй период родов, малыш готов родиться, и вдруг от всего увиденного мне становится плохо, я падаю в обморок. Приведя меня в сознание, преподаватель говорит: «Ну, барышня, вам в акушерстве делать нечего!» Его слова тоже стали для меня мотивацией, той силой, которая твердо повела в профессию. Я подумала тогда: «Я так долго шла в эту специальность, и мне говорят, что я не могу...» Наверное, мне тогда было просто страшно. На тот момент процесс родов не было возможности посмотреть в интернете, поэтому, наверное, когда я увидела всё вживую, на меня это произвело такое неизгладимое впечатление. Дальше уже была учеба. Любовь, замужество, рождение сына... Непредвиденный академический отпуск, так как роды случились раньше срока, а у новоро-

жденного были проблемы. Надо было бороться, двигаться по жизни дальше. Я планировала, что рожу и продолжу учиться. Но жизнь нами распоряжается иначе. Предстояло вылечить ребенка, а потом уже двинуться к намеченной цели. Здесь тоже происходит череда событий. Умирают родители, заболевает муж. Но всё это преодолеваем, жизнь закаляет, учит думать, анализировать, преодолевать трудности и идти дальше вперед. С возрастом я уже начинаю понимать, что надеяться можно на что угодно, но рассчитывать — только на себя.

**Я безмерно благодарна
тому медицинскому
сообществу, которое
научило меня видеть
больного буквально с нуля.**

СВОЙ ПУТЬ

Мне просто фантастически повезло. Фортуна повернулась ко мне лицом, когда я поступила в ординатуру по специальности «Акушерство и гинекология» на кафедру педиатрического факультета, которой заведовала Галина Михайловна Савельева. Я продолжаю учиться и работать в Центре планирования семьи и репродукции (далее — ЦПСР), уже под руководством главного врача Марка Аркадьевича Курцера. Эти гениальные люди и сделали из меня акушера-гинеколога. Постепенно было освоено всё. Написание историй родов, плана ведения родов, протоколов операций, конференции, где мы, как ординаторы, всегда утром докладывали работу за сутки... Я помню, как однажды мне было крайне стыдно на одной утренней конференции. Галина Михайловна задает вопросы по протоколу родов, и я не могу четко ответить. Я буквально готова была провалиться сквозь



землю. Всё это заставляло садиться вечерами за книги, изучать, анализировать, чтобы уже на следующей конференции суметь ответить на все вопросы. Галина Михайловна была легендарным человеком, который своим примером готовил из ординаторов врачей-профессионалов. Меня научили слышать и любить пациента таким, какой он есть. Не перевоспитывая, а принимая его. Всегда добиваться диалога, для того чтобы вместе решать те проблемы и задачи, которые возникают при родах. Только работа 24/7, 365 дней в году, бесконечные дежурства, которых было по восемь — десять в месяц, закаляли меня как врача. Мы оперировали, вставляли ассистировать вместе с Марком Аркадьевичем Курцером в операционной, учились у него, дрожали, боясь что-то нарушить. У него были определенные требования: не касаться тканей, не лезть в рану, нужно было вовремя отвести и показать угол на матке... Он гениальный, великий! И при этом совершенно доступный. Всегда рядом, круглосуточно на телефоне. Подскажет, научит, отругает, похвалит, сделает замечание, пристыдит. Конечно, при наличии такого учителя имеешь уникальный пример для подражания. Благодаря ему я и сформировалась как руководитель дальше, на своем этапе. Мои учителя — Татьяна Семёновна Миронова, Наталья Алексеевна Новикова, Белла Львовна Грановская, Валентина Петровна Орешкина, Ольга Павловна Штабницкая, Мария Владимировна Лукашина, Людмила Александровна Архипова. Это в годы моей работы (1995—2006) в ЦПСиР. Мы работали и жили единой семьей. Здесь я врачом-ординатором прошла обучение во всех отделениях — это патология беременности, операционный и родильный блоки.

ЧУДЕСА СЛУЧАЮТСЯ ПОСТОЯННО

У нас была пациентка с вращением плаценты. Мы родили ребенка, сохранили женщине матку. Через пять лет эта пациентка родила еще раз, и это после такой сложной операции. Вращения на этот раз не было. И это были уже четвертые ее роды. Женщина жива-здоровая, с маткой. И у нее растут здоровые дети. Еще один случай. Привезли пациентку, повторные роды. Первый раз она рожала у наших врачей. Во вторую беременность она не наблюдалась в нашем госпитале и поступила с диагнозом: «беременность, 30—31-я неделя. Головное предлежание. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в вертебробазилярном бассейне с кровоизлиянием в ствол мозга на уровне моста, продолговатого мозга, с прорывом крови в желудочковую систему. Эклампсия». Госпитализируем в отделение реанимации. Учитывая тяжесть состояния пациентки, консилиумом принято решение родоразрешить пациентку путем кесарева сечения в экстренном порядке. Я оперирую, извлекаю ребенка, пациентка остается жива. Через 12 часов проведено оперативное лечение в объеме наружного дренирования бокового желудочка головного мозга с положительной динамикой. Проводилась интенсивная комплексная терапия, а также полное клинико-лабораторное обследование. В ноябре 2024-го был год, пациентка жива, в удовлетворительном состоянии. В настоящее время женщина активно проходит реабилитационные мероприятия с выраженной положительной динамикой: передвигается с использованием опоры, самостоятельно стоит и принимает пищу. Главное — она жива. Ребенок не выжил,

но есть мать у старшего ребенка, есть жена у мужа, дочь у матери. И мы надеемся, что с помощью реабилитационных методик пациентка еще сможет существенно улучшить свое состояние. Однажды у нас в течение недели родились три тройни — пять девочек и четыре мальчика. Весом от 1 100 до 1 800 граммов. Все эти дети живы, они все родились недоношенными (31—32-я неделя), но быстро набрали вес. Наши заботливые детские реаниматологи, неонатологи, затем педиатры научили их самостоятельно дышать, питаться, а родителей — проводить грудное вскармливание. И эти три тройни нормально растут и развиваются.

Жизнь закаляет, учит думать, анализировать, преодолевать трудности и идти дальше вперед. С возрастом я уже начинаю понимать, что надеяться можно на что угодно, но рассчитывать — только на себя.

ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА

По предложению Марка Аркадьевича я в 2006 году перехожу на должность заместителя главного врача по акушерству и гинекологии в Перинатальный медицинский центр группы компаний «Мать и дитя», работаю там до 2012 года. С 2012 по 2025 год — главный врач Клинического госпиталя «Лапино». В Перинатальном центре я занимаюсь научной работой, защищаю кандидатскую диссертацию, моими научными руководителями являются Ольга Андреевна Майорова и Марк Аркадьевич Курцер. Чем отличается наша работа в группе компаний «Мать и дитя»? Здесь уже

задействуется персонифицированная медицина, идет индивидуальный психологический подход. Разрабатываем и внедряем инновационные методы лечения. Такой, к примеру, как удаление маточной грыжи. Это метод лечения, когда мы проводим органосохраняющие операции. Еще недавно врачи сразу после рождения ребенка при вращении плаценты старались удалить матку. Это, конечно, трагедия для женщины, когда удаляют детородный орган. Такая операция сопряжена с большой кровопотерей, идет борьба за выживаемость. В 2012 году под руководством Марка Аркадьевича Курцера впервые в России была проведена операция с использованием эндоваскулярных методов гемостаза. В результате предпринятых действий матку удалось зашить и сохранить. За создание нового метода лечения коллективу наших авторов в 2013 году дали премию «Призвание» и наградили дипломом национальной премии, которая вручается лучшим врачам России. В феврале 2016 года впервые в России в Клиническом госпитале «Лапино» проводим операцию по коррекции внутриутробного дефекта spina bifida (расщепление позвоночника) у плода. Это очень сложная операция. В чем же она заключается? Совместно с детскими нейрохирургами Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого



на определенном сроке беременности диагностируем с помощью ультразвука у плода данную патологию. В операционной делаем разрез на матке, подводим спинку ребенка к разрезу, нейрохирурги иссекают эту грыжу. После операции нейрохирургов мы погружаем ребенка, не извлекая его, обратно в матку и зашиваем разрез. И беременная вынашивает прооперированный плод до момента родов. Наша команда врачей прикладывает все свои силы и опыт для рождения здорового ребенка. У нас прооперировано и рождено на данный момент 26 таких детей. После рождения ими занимаются неонатологи и реабилитологи. Конечно, идет длительная реабилитация. Эти дети впоследствии

ходят, обслуживают себя. Мы их видим, общаемся, они приходят к нам в гости, присылают нам видеосообщения. В 2020 году коллективу авторов под руководством

Моя профессия, моя жизнь, мое призвание — быть ответственной за жизнь матери и ребенка.

Марка Аркадьевича Курцера за разработку и внедрение методики внутриутробной хирургической коррекции миеломенингоцеле (spina bifida) у плода, пролонгирования беременности, родоразрешения, лечебной и реабилитационной программы для детей, рожденных после внутриутробной коррекции миеломенингоцеле, вручили премию Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Безусловно, особо знаковым для меня событием было вручение Президентом России Владимиром Владимировичем Путиным ордена Пирогова в конце декабря 2024 года за достижения в работе.

«ЛАПИНО» КАК КЛАСТЕР

Я очень горжусь нашим госпиталем. С 2012 года «Лапино» развивается как кластер. Мы начинали как перинатальный центр, женский центр, отделение гинекологии, детское клинико-диагностическое отделение и лабораторный комплекс. Проведено на данный момент более 23 000 родов, 75 000 оперативных вмешательств — это хирургия, урология, травматология, сердечно-сосудистая хирургия, проведено больше четырех миллионов амбулаторных приемов детей и взрослых. Проведено более 7 200 пункций в отделении ЭКО. В 2014 году открыты центр неврологии, центр

урологии, терапевтическое отделение. У нас большой реабилитационный центр, который мы развиваем. На этом развитие нашего кластера не останавливается.

С самого первого дня (2012 год) я являюсь

главным врачом Клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и дитя». Помимо руководящей работы, значительная часть моего времени отводится на обучение ординаторов и молодых врачей. С радостью учу юных специалистов, пытаюсь к каждому найти индивидуальный подход. Пытаюсь научить работать руками, за что ученики благодарят, они буквально впитывают научные и практические знания. Мой опыт позволяет сразу понять, из кого получится будущий оперирующий врач, кому лучше работать в консультативно-диагностическом отделении, а кому — заниматься научной деятельностью,



тоже имеющей свои особенности. Конечно, ординаторов к суперсложным операциям мы не подпускаем, но они могут наблюдать за высокотехнологичными операциями по большим плазменным телевизорам, установленным в учебных комнатах. Получается видеть буквально всё, заглянуть в операционную рану.

Сейчас в группе компаний «Мать и дитя» насчитывается 74 клиник, в том числе 14 госпиталей. Многие клиники возглавляют врачи, которые учились у нас в ординатуре.

В 2016 году в Клиническом госпитале «Лапино» открывается центр сердечно-сосудистой хирургии, где проводятся операции на открытом сердце, отделение эндоваскулярных методов лечения. Рядом, в городе Одинцово, открывается поликлиника.

В 2018 году — центры химиотерапии, офтальмологии и эндокринологии.

В 2020 году, когда начался ковид, госпиталь перепрофилируется

и помогает людям с новой коронавирусной инфекцией. Все наши родовые боксы, хирургические стационары, поликлиника — всё было отдано для лечения пациентов с COVID-19. Чтобы у нас рожали пациентки с ковидом, мы построили отдельно стоящий корпус «Лапино-4», где наблюдались и рожали пациентки с новой коронавирусной инфекцией, в том числе проживающие в Москве и Московской области. Было отведено специальное отделение для новорожденных, где их наблюдали и выписывали уже домой. «Лапино-4» — это отдельный корпус на нашей территории, с отдельным въездом и отдельным входом. Мы переодевались в эти «космические» костюмы, в них оперировали, рожали, ходили на обходы, лечили. Сегодня этот

корпус у нас работает для пациентов с инфекционными заболеваниями.

В 2020 году мы еще открываем онкоцентр «Лапино-2» под руководством Михаила Михайловича Давыдова — сына знаменитого Михаила Ивановича Давыдова, выдающегося онколога. Он тоже выпускник РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Онкоцентр предусматривает оказание полного цикла медицинской помощи высокого качества по современным международным протоколам: от скрининга и подтверждения, то есть верификации, диагноза, до высокотехнологичной онкохирургической помощи, онко-реабилитации пациентов. В данном корпусе находится прекрасная лаборатория полного спектра диагностических исследований.

ПРОРЫВ В АКУШЕРСТВЕ

В медицине нет более консервативного направления, чем акушерство, но на сегодняшний день и у нас здесь есть тренды и прорывы.

Мы проводим вертикальные роды, партнерские роды, с мужем, мамой, доулой (немедицинский работник, человек, который является помощником в родах), проводим роды «как дома», создаем специальную обстановку и атмосферу. Но всё проходит на нашей территории, при соответствующем сопровождении. Это делается для того, чтобы избежать реальных родов на дому. Они чрезвычайно опасны, потому что пациенты могут столкнуться с такими тяжелыми последствиями, как массивное кровотечение или гипоксия плода. И пока доедут до роддома, возможны критически тяжелые ситуации и с ребенком, и с матерью. Проводятся у нас гипнороды, роды с эпидуральной анесте-

зией в движении, «лотосовые» роды, йога-роды, роды с рубцом на матке. Раньше было принято так: если пациентка один раз делала кесарево, то второй раз ей тоже проводилось кесарево сечение, но сейчас — иначе. Мы проводим «мягкое» кесарево сечение по желанию пациентки. Рождение ребенка при данной операции приближено к механизму естественных родов. Мы выполняем операцию, даем отпугливать пуповине, это тоже сейчас тренд. Будущие родители много читают и хотят, чтобы было именно так. После мы выкладываем рожденного ребенка на живот матери. По желанию — не убираем с новорожденного первородную смазку, прикладываем к груди. Этот комплекс действия называется «золотой час». Наше кредо — это, конечно, безопасность мамы и малыша. В состав госпиталя «Лапино» входит отделение детской реанимации, второй этап выхаживания. Это отделение, в котором преждевременно родившиеся маловесные дети набирают массу, а также наблюдаются дети, которым необходимо лечение до выписки из стационара.

ПЛАНЫ И ПРАВИЛА

Я считаю, чтобы состояться в нашей специальности, нужен железный стержень внутри, а также терпение, амбициозность, перфекционизм. Без этого никуда!

И конечно, единственное правило в жизни, по которому я живу сама, — оставаться Человеком в любых жизненных ситуациях. Желаю всем студентам и педагогам нашего любимого Университета добра, профессиональной мудрости, творческой инициативы, радостей от успехов в работе.







“ Всё это время мы
постоянно спасали
жизни.”

Иван
Евгеньевич
Куляков

СПАСАЮ ТАМ, ГДЕ НЕОБХОДИМО

Павел Евгеньевич Круглов

Хирург, выпускник Пироговского Университета («Лечебное дело»). После окончания Университета прошел интернатуру по специальности «Общая хирургия» и ординатуру по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия» в Городской клинической больнице (ГКБ) № 1 имени Н.И. Пирогова. С 2020 по 2022 год, в период пандемии коронавируса, работал хирургом в приемно-диагностическом отделении Московского многопрофильного клинического центра (ММКЦ) «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы.

С сентября 2022 года призван на военную службу в качестве рядового (войсковая часть № 95371 Минобороны России, полк 1431). За мужество и высокий профессионализм указом Президента Российской Федерации В.В. Путина от 21 октября 2024 года Павел Евгеньевич Круглов удостоен государственной награды «За спасение погибавших».

Павел Евгеньевич Круглов, лейтенант медицинской службы, командир приемно-сортировочного взвода медицинской роты, находясь в коротком отпуске, рассказывает «Университетской газете» о том, чем он занимается сегодня на военной службе и что привело его в хирургию, о своих учителях, профессиональном становлении и, конечно, о том, в чем видит разницу между гражданскими и военными хирургами. Будни лейтенанта медицинской службы сегодня напряженные. Вот и недавно спасали бойца с тяжелым ранением нижней конечности, обширным дефектом мягких тканей бедра, переломом обеих костей и повре-

ждением сосудисто-нервного пучка на уровне бедренного сегмента. Операция на нижних конечностях по поводу ушивания бедренного сегмента, наружного остеосинтеза, выполнялась бригадой хирургов в составе четырех человек: сердечно-сосудистого хирурга Павла Евгеньевича Круглова, абдоминальных хирургов Александра Сергеевича Анисимова и Владимира Владимировича Стрельцова, общего хирурга Артёма Александровича Воробьёва. Врачи работают в передовом медицинском госпитале, находящемся вблизи линии боевого соприкосновения. Бригада хирургов блестяще справилась со своей задачей, что позволило сохра-

нить ногу и не ампутировать ее. И это не единичный случай. Встречаются ранения как огнестрельные — сочетанные, так и минно-взрывные — с отрывом конечностей и повреждением органов грудной и брюшной полости.

А.С. Анисимов: «Недавно был случай, когда к нам в госпиталь привезли раненого бойца с сочетанным повреждением органов грудной полости, разрывом диафрагмы, проникающим ранением брюшной полости с повреждением селезенки, печени и кишечника. Естественно, чаще всего к нам поступают раненые, находящиеся в состоянии травматического, геморрагического шока. Пациент был гемодинамически нестабилен. Ему незамедлительно была выполнена гемотрансфузия. Конечно, мы стараемся сразу выводить больных из угрожающего жизни критического состояния. Было принято решение выполнить торакотомию и лапаротомию,

ушивание ран легкого, разрыва диафрагмы, атипичную резекцию печени с ушиванием мелких разрывов и резекцию тонкого кишечника с удалением селезенки. Гемодинамически пациент был стабилен, и мы спасли жизнь бойцу. Это всегда такое счастье!»

— **Павел Евгеньевич, расскажите, чем непосредственно Вы в настоящее время занимаетесь?**

— Организацией точек эвакуации, самой эвакуацией, оперативным лечением. Помимо раненых, поступают военнослужащие с разными патологиями. Во всех случаях мы оказываем все виды врачебной и доврачебной

помощи. На точках эвакуации мы сразу на месте определяем дальнейшую тактику лечения (требуется ли дальнейшая госпитализация или нет).

— **Как у Вас складывалось?**

— Началась специальная военная операция. В связи с окончанием пандемии весной 2022 года я ушел из ММКЦ «Коммунарка», где работал весь ковидный период. После объявления о начале СВО, чувствуя свой гражданский долг, мы с коллегой Александром Сергеевичем Анисимовым обратились в Военный комиссариат Преображенского района ВАО города Москвы с вопросом о возможности прохождения военной

службы в медицинской части. В своей обычной работе мы сталкивались практически со всеми видами urgentных состояний, включая политравму. Я хотел принять участие в лечении и ведении пациентов с минно-взрывными,

осколочными и огнестрельными ранениями. Оперативное лечение острой и хронической сосудистой патологии отличается от боевой хирургической травмы. Все эти ситуации в дальнейшем ведутся по-разному.

После мобилизации и прохождения обучения в «Патриоте» мы отправились на линию боевого соприкосновения. На территории Луганской Народной Республики мы оказывали медицинскую помощь в медпункте полка военнослужащим и местному населению. Через полгода наш полк был передислоцирован в Курскую область, где медпункт был переформирован в медицинскую роту. Если медпункт можно рассма-

Я хотел принять участие в лечении и ведении пациентов с минно-взрывными, осколочными и огнестрельными ранениями.

тривать как поликлинику, то медицинскую роту — уже как госпитальный вариант, в котором есть приемно-сортировочное, операционно-перевязочное и госпитальное отделения. Здесь я стал командиром приемно-сортировочного взвода, а мой коллега А.С. Анисимов, с которым мы пошли на СВО, стал командиром операционно-перевязочного пункта. В июне 2024 года наш полк переместился в Белгородскую область, где мы продолжаем оказывать помощь военнослужащим в полевых условиях, на точках эвакуации и в передовом медицинском госпитале.

**Как только поправил
здоровье, отправился вновь
спасать людей туда,
где это было необходимо.**

— В чем разница между гражданскими и военными хирургами?

— На «гражданке» хирурги сталкиваются со множеством патологий и выполняют оперативное лечение разной сложности, при этом меры безопасности для жизни пациента и врача соблюдены. В условиях боевых действий хирурги сталкиваются в большинстве случаев с боевой хирургической травмой, а также самостоятельно осуществляют выезды на места эвакуации в зоне линии боевого соприкосновения, где может прилететь минометный снаряд, «Баба-яга» или FPV-дрон. Из-за этого медицинскому персоналу нужно следить не только за состоянием пациента, но еще и за небом.

— Когда Вы шли в Медицинский колледж Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, думали о том, что станете военно-полевым хирургом?

— Когда я шел в Медицинский колледж Государственного института усовершен-

ствования врачей Министерства обороны РФ, он был гражданским, но базировался в Госпитале Бурденко. Наши преподаватели были гражданскими, в том числе кафедральные сотрудники. Я вышел оттуда медбратом. Идея стать врачом пришла, когда я учился на втором курсе. Я не хотел останавливаться на сестринской должности. Примерно в седьмом-восьмом классе я решил поступать в медицинский колледж. В моей семье я единственный, кто пошел в медицину. Сначала я не

думал о хирургии, настроился на терапевтический уклон. На моем потоке на кафедре анатомии человека преподавал Виктор Степанович Овчёнков, неве-

роятно талантливый педагог, который захватывающе проводил лекции, он заинтересовал меня, хотя предмет один из самых сложных. У нас была практика в анатомичке, где я пропадал часами. Тогда я впервые познакомился с анатомическими препаратами. Обучение интенсивно шло уже с первого курса. Оттуда, наверное, и появилось у меня стремление заняться хирургией. Кстати, в переводе с греческого языка слово «хирургия» означает «рука, работа», то есть «рукоделие». Я, конечно, понимал, что хирургия — колоссальный, просто титанический труд. Что надо постоянно учиться и совершенствовать свои знания, навыки, и не только в «рукоделии», но и в терапии.

— Кто из педагогов был рулевым?

— У меня был непререкаемый авторитет на кафедре факультетской хирургии — кандидат медицинских наук Сергей Михайлович Юмин в ГКБ № 1 им.



Н.И. Пирогова, где я проходил интернатуру и ординатуру. Сергей Михайлович из меня, начинающего врача, начал делать должного хирурга: учил меня тому, как врач должен поступать в тех или иных ситуациях. Сергей Михайлович внес большой вклад в мое профессиональное становление. У него я постигал необходимые навыки в общей и сердечно-сосудистой хирургии. А также на кафедре меня наставляли профессор Максим Робертович Кузнецов, академик РАН Александр Иванович Кириенко, который, к огромному сожалению, не так давно ушел из жизни. Все они настоящие профессионалы высочайшего класса.

— **Расскажите о своем первом хирургическом опыте.**

— Это было в интернатуре, делали лапароскопическую аппендэктомию. Мне доверили сделать основной этап операции — удаление воспаленного аппендикса. Было достаточно волнительно: когда основной этап дают делать интерну, то чувствуешь большую ответственность и должен проявить себя. С этой задачей я справился, мне начали больше давать оперировать. Когда приходит новый человек, его одного на операцию не направляют — есть опытный хирург, который наблюдает, как и что ты делаешь. Если молодой врач хорошо себя показал, то может проводить операции самостоятельно.

— **Каждый день проводили операции?**

— Да, конечно. Приходили обязательно каждый день к семи часам утра. Рабочий день начинается с обхода по палатам, ты должен знать всех своих паци-

ентов, которые поступили накануне, какие были сделаны манипуляции, назначения, при необходимости нужно скорректировать тактику лечения. Далее врачи докладывают о состоянии здоровья пациентов на общем совещании в 07:30, затем на совещании в 07:45 — заведующему отделением. Заведующий 3-м хирургическим отделением в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова доктор медицинских наук, профессор Рафаэль Азатович Григорян — очень опытный врач. Спуску никому не давал, строгий, но справедливый. Он многому меня научил. Рафаэль

Азатович знает, как эффективно построить работу отделения.

Операции проводились ежедневно. Каждый хирург проводил две-три плановые операции в день, также экс-

тренные операции — в зависимости от поступления пациентов рабочий день часто затягивается до 10—12 часов вечера.

— **Помните первый случай спасенной жизни?**

— Да, хорошо помню. Привезли женщину с ножевым ранением. На первый взгляд, сложно было разобраться, проникающее оно или нет, соответственно, было решено произвести ревизию раны в операционно-перевязочном кабинете приемного отделения и определить, входит ли раневой канал в брюшную полость. Выяснили, что это проникающее ранение брюшной полости и что пациентке необходимо в экстренном порядке провести диагностическую лапароскопию. Состояние было тяжелое. Женщина потеряла

много крови. Приняли решение выполнить трансфузию, включая внутривенное введение эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, для восстановления острой кровопотери пациентки. В результате стремительных слаженных действий нам удалось ее спасти. В хирургии ты всегда смотришь на время. Ты должен оттачивать свое мастерство и искусство до такого уровня, чтобы операция была сделана качественно и быстро, для минимизации риска осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах. Определение операционной тактики лечения должно приниматься незамедлительно.

После Первой Градской я работал в частной медицине, но с началом пандемии перешел в ММКЦ «Коммунарка», в который поступали тяжелые по хирургическому лечению пациенты. Мне как хирургу нужны были более сложные случаи, чтобы совершенствовать свои навыки, которые реализовались в «ковидной» хирургии.

— **То есть это было решение идти в «горячую точку»?**

— Да, и я рад, что получил такой ценный опыт. Я занимался лечением сложных случаев в качестве лечащего врача и проводил операции. По основной профессии я сердечно-сосудистый хирург, но также есть сертификат по общей хирургии, то есть могу быть и общим хирургом, и оперировать на сосудах. В ковидный период мы часто встречались с сосудистыми патологиями и всем спектром ургентной хирургии. Сталкивались также с редкими патологиями, например с дивертикулезом тонкой кишки, панкреонекрозом, абсцессом печени, связанными, скорее всего,

с пандемией. Ковид влиял не только на легкие, но и на другие внутренние органы, на обострение хронических заболеваний. В ММКЦ «Коммунарка» я больше занимался общей хирургией. Мы работали 24/7. Под конец пандемии, когда вирус был уже не таким агрессивным, я сам переболел. Как только поправил здоровье, отправился вновь спасать людей туда, где это было необходимо.

— **Ваш восьмилетний сын Максим, наверное, гордится своим героическим папой?**

— Когда я отправился на СВО, он еще не ходил в школу, всё время писал письма Деду Морозу о своей главной мечте, чтобы папа вернулся домой. Сейчас моя жена Диана рассказывает, что он на все вопросы о том, где его папа, четко отвечает: «Мой папа на войне спасает жизни людей».

— **Вы получили награду «За спасение погибавших» за какой-то конкретный подвиг?**

— Это государственная награда, медаль, подписанная Президентом Российской Федерации В.В. Путиным от 21 октября 2024 года, одна из высших наград. Меня наградили за всё время прохождения службы, не за какой-то единичный случай. Всё это время наша медицинская рота постоянно спасает жизни в крайне тяжелых условиях, в том числе и под «прилетами», дронами, минометами, минами. Мы часто находимся на выездах с целью эвакуации больных и раненых. Часто самым сложным оказывается добраться до человека. И все из моего подразделения или даже роты работают там, где это необходимо. Нет такой ситуации, когда кто-то отказывается идти.





“В медицину надо идти
тем, кто любит людей, хочет
помогать и понимает,
что это в первую очередь труд.”

Елена
Владимировна
Кузник

ЛЕЧИТЬ, УЧИТЬ, ВЕСТИ ЗА СОБОЙ

Елена Владимировна Резник

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 2 Института клинической медицины Пироговского Университета, д.м.н., врач высшей категории, терапевт, кардиолог, клинический фармаколог, врач функциональной и ультразвуковой диагностики, организатор здравоохранения. Сегодня Елена Владимировна Резник рассказывает о том, как ей удалось осуществить свои детские мечты, добиться признания и стать ведущим специалистом во многих областях медицины.

ПРЕКРАСНЫЕ ПЕДАГОГИ В УЕЗДНОМ ГОРОДКЕ

— Когда Вы приняли решение стать врачом?

— В детстве я бесконечно болела разными ОРВИ, и мы часто ходили с мамой к докторам. В какой-то момент я стала лечить свои игрушки. Назначала им по тем временам, я помню, олететрин, эритромицин, ингалипт и так далее. Все эти названия я знала еще до школы. Получается, в детстве я хотела быть врачом, но в какой-то момент, в старшей школе, захотела стать учителем. Не то чтобы вдруг. В нашем маленьком уездном городке у меня были прекрасные педагоги. Очень сильные. Особенно учительница русского языка и литературы, благодаря которой я знала все орфограммы, изучаемые в школе, не только по содержанию, но и по номерам. Очень

строгая была учительница. Может быть, под влиянием ее авторитета, еще каких-то моментов я захотела быть педагогом. Долго думала, кем быть — врачом или учителем? В какой-то момент стала победительницей олимпиады по химии, которая мне тоже очень нравилась. И решила всё-таки стать врачом.

Дядя, бабушкин брат по материнской линии, был врачом-гинекологом. Бабушка и мама всю жизнь им очень гордились и говорили, что он стал кандидатом медицинских наук в 34 года. Мне удалось стать кандидатом медицинских наук даже раньше. Потом и докторскую защитила.

— Почему выбрали именно Второй мед?

— Потому что у меня здесь учился любимый человек, который стал впоследствии моим мужем и отцом двоих моих детей. Он мне говорил, что

я смогу, и очень поддерживал. Я росла в маленьком городе, и у нас в вузы из 60 одиннадцатиклассников максимум три поступали бесплатно. В тот момент я решила, что мне надо выучить наизусть всю школьную программу для того, чтобы вариантов не поступить не было. Дополнительно обучалась в ВЗМШ — это Всероссийская заочная школа при МГУ. Они присылали дистанционно задания, методички, я всё, что они давали, на 100 % старалась усваивать, благодаря этому победила в олимпиаде по химии. Это тоже отдельная история. Сначала была городская олимпиада — там всё легко прошло, потом областная — была уже сильная конкуренция. На основании таблицы Менделеева и знаний придумала ответы на вопросы, и это оказалось близко к истине. Победила и поехала на всероссийскую олимпиаду, в которой в моей параллели из 30 человек участвовали 29 мальчиков и я. Оказалось, что они специально готовились с преподавателями вуза. Мне говорили, что я просто еду туда отдыхать. Было два тура. Один — теоретический, второй — практический, на котором надо было синтезировать диазосоединение. В тот момент я даже не знала, что такие бывают, но я посмотрела, как мальчики это делают, задала им пару вопросов, получила ответ, так как они были в теме, и у меня получилось призовое место. Когда мы приехали подавать документы во Второй мед, совершенно случайно узнали, что успех на олимпиаде может дать возможность поступить без экзаменов. Во Владимирском педагогическом (я тоже туда поступала) это давало пятерку по химии, а в Ивановском медицинском не давало вообще никаких льгот. Я, счастливая, поступила во Второй мед без экзаменов. По тем временам

это было очень большой редкостью. Мне даже не верили. Так сложилась судьба: я стала и врачом, и учителем.

«КОГДА-ТО Я ПРОЧИТАЛА У КАВЕРИНА В “ДВУХ КАПИТАНАХ”: «ЕСЛИ БЫТЬ, ТО БЫТЬ ПЕРВЫМ», НУ И КАК-ТО СТАРАЛАСЬ»

— А кто из Ваших учителей больше всего повлиял на выбор кардиологии?

— Я ходила в кружок в кардиоцентре, и мне нравилось, как там рассказывали обо всех алгоритмах и схемах лечения. Старалась читать медицинские книги, журналы. Сейчас у нас есть клинические рекомендации, достаточно просто понимать тактику ведения больных, раньше этого не было, но книги, лекции были. Из огромного количества дисциплин в вузе больше всего мне нравилось то, что относится к терапии. Во время учебы я пыталась максимально хорошо всё понять и запомнить, поскольку хотела поступить в ординатуру. В нее брали фактически только с московской пропиской, которой у меня не было. Мне очень повезло, что я встретила в своей жизни Геннадия Ивановича Сторожакова, попала на его кафедру. Он был первым проректором по науке много лет, первым президентом РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и заведовал кафедрой госпитальной терапии № 2 лечебного факультета. Сейчас она носит его имя. Еще в кружке я увлеченно смотрела, как проводит эхокардиографические исследования профессор Геннадий Ефимович Гендлин, который работал под руководством Геннадия Ивановича Сторожакова. Меня сразу поразила эрудиция Геннадия Ефимовича. Казалось, он знает всё. Я его даже спросила, как стать такой же умной, как он. «Книжки

надо читать», — был бы ответ. Геннадий Ефимович Гендлин продолжает работать в Пироговском Университете, он очень грамотный специалист. Все его всегда боялись. И вот на выпускном государственном экзамене он поставил мне пять с плюсом. Когда я ходила к нему на кружок и смотрела, как он проводит эхокардиографию, он меня пугал, что будет задавать самые сложные вопросы (о болезни Ди Гульельмо, редкой форме лейкемии, и т. д.), и, собственно, потом задал и высоко оценил мою подготовку. Именно Геннадий Ефимович попросил Геннадия Ивановича рекомендовать меня в клиническую ординатуру, и меня зачислили, несмотря на отсутствие прописки. Потом я училась максимально хорошо, чтобы оправдать доверие. Окончила ординатуру по терапии, потом — аспирантуру по кардиологии. Мне очень повезло, что я стала частью очень сильной школы Геннадия Ивановича Сторожакова, под руководством которого было защищено более 20 докторских и 80 кандидатских диссертаций. Очень многие его ученики сегодня заведуют кафедрами и руководят институтами.

При выборе специальности ординатуры между кардиологией и терапией перевесило мое восхищение профессионализмом Геннадия Ефимовича. Он (как мне казалось, с легкостью) ставил сложнейшие диагнозы. Мне захотелось стать специалистом такого же уровня. Я просто пошла за учителем. И считаю, что каждый студент должен для себя

найти прежде всего учителя. Это как в первом классе: ребенку надо искать не какую-то престижную школу, не какие-то стены учебного заведения, а учителей. Повезло, что Геннадий Ефимович и Геннадий Иванович именно такими учителями и оказались. Потом еще, конечно, Игорь Геннадиевич Никитин с той же кафедры, в какой-то степени и Андрей Владиславович Струтынский, Григорий Павлович Арутюнов, Георгий Натанович Голухов, уже в 31-й больнице.

**Я, счастливая, поступила
во Второй мед
без экзаменов.**

**По тем временам
это было очень большой
редкостью.**

Мне даже не верили.

**Так сложилась судьба:
я стала и врачом,
и учителем.**

дральные сотрудники могли класть пациентов по разрешению замглавврача. Геннадий Ефимович часто направлял пациентов в мои палаты. Его курирование позволило понять какие-то нюансы, тонкости, освоить врачебное искусство. Я освоила (сначала в ординатуре, потом в аспирантуре) много методик, всё то, чему можно было научиться: эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, тредмил-тест. Первое время Геннадий Ефимович контролировал достаточно

— **Как проходили
ординаторские будни?**

— В работе с больными целыми днями. Я вела от пяти до десяти пациентов ежедневно. Это одна-две палаты в больнице Больнице имени В.М. Буянова. Мы тогда работали фактически самостоятельно. Нам давали палату, и ординатор ее вел. Полностью отвечал за больных. Было такое понятие, как клинические койки, то есть кафе-



жестко, когда понял, что я овладела методикой, стал давать мне возможность проявить самостоятельность.

— **Куда Вы пошли работать после аспирантуры?**

— В ординатуре и аспирантуре я обучалась на базе Больницы имени В.М. Буянова. Затем здесь же я стала работать на кафедре ассистентом, затем — доцентом, профессором: преподавала, лечила, дежурила, консультировала как врач-терапевт, врач-кардиолог, врач функциональной диагностики. Всего проработала в Больнице Буянова 20 лет. Очень благодарна мощному коллективу этой клиники, в которой единство сотрудников кафедр и больницы позволяет достичь очень высоких результатов. А потом меня пригласил профессор, д.м.н. Андрей Владиславович Струтынский, который заведовал кафедрой пропедевтики, и сказал, что хочет передать заведование мне. Основная киническая база кафедры находится в 31-й больнице. Сегодня еще плюс 16 клинических баз по всей Москве, с которыми мы сотрудничаем

«СПАСЕНИЕ ЖИЗНИ — ЭТО ЖЕ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО СПАСЕНИЕ В КРИТИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ, ЗАЧАСТУЮ ЭТО ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПРАВИЛЬНО И ВОВРЕМЯ НАЗНАЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ».

— **Вы помните, когда Вам в первый раз удалось спасти человека?**

— Да. И очень хорошо помню. Когда я была ординатором первого года обучения, в мою палату перевели больную из реанимации, и буквально через полчаса прибежали медсестры и сказали, что там клиническая смерть. Я была беременная в это время. Но схватила

полотенце и начала делать пациентке искусственное дыхание. Потом подбежала женщина-врач, которая знала, что я беременная (остальные этого не знали), меня сменила, продолжили реанимационные мероприятия, перевели в реанимацию, спасли.

Недавно в 31-й больнице с утра заезжаю на территорию, паркуюсь. Обычно я бываю на парковке третьей, в тот день почему-то приехала первой. Вижу, что пациент, который вышел покурить, падает на землю, и понимаю, что это клиническая смерть. Я сказала охранникам (которые тоже стояли и курили на улице), чтобы они вызывали реанимационную бригаду, и начала реанимировать. Буквально через несколько секунд УЗИ-специалист, женщина-врач, которая тоже шла на работу, подбежала ко мне, помогла. Затем реаниматологи погрузили пациента на каталку и транспортировали в кардиоблок. Пациент в итоге выжил, выписался, жив-здоров. Таких случаев было очень много и во время дежурств. Были периоды, когда нас просили записывать, какое количество больных мы проконсультировали за день. Однажды за дежурство записала 33 пациентов, каждого консультировала по три раза (при поступлении/вызове в палату, в динамике и с утра перед окончанием дежурства), то есть провела 99 осмотров за одни сутки. Остальные дни я даже не записывала. Во время этих дежурств было множество случаев и с клинической смертью. И не всегда, конечно, удавалось спасти пациента. Но зато это опыт, это спасение людей — то, для чего я шла в медицину. Огромное количество пациентов, которым удалось поставить точный диагноз, назначить правильное лечение, живы, многие из них приходят на консультации, приезжают на клиническую базу нашей

кафедры через всю Москву и даже из других городов.

Спасение жизни — это не обязательно спасение в критическом случае, зачастую это правильный диагноз, правильно и вовремя назначенное лечение, ведение пациента. Собственно, это то, чему я пытаюсь сегодня учить своих учеников, быть наставником, таким, как в свое время были мои учителя, передать то хорошее, что я получила от них, следующему поколению.

«ДАВАЛИ БИЛЕТЫ В ТЕАТР, КОГДА НАДО БЫЛО ИДТИ ТУДА КАК ВРАЧ»

— **Расскажите о Ваших увлечениях.**

— Их всегда было море. Меня как самого разностороннего кружковца даже занесли в свое время в Книгу рекордов Гиннеса нашего маленького городка. Я тогда занималась и цветоводством, и мягкой игрушкой, и вязанием, и шитьем, и макраме, и вышиванием, потом пошли уже химия, английский, биология, математика. Всем, что было возможно и интересно, занималась. В свободное от учебы во Втором меде время во Втором меде, в свободное время любила осматривать достопримечательности Москвы, парки, усадьбы. На четвертом курсе пошла работать в «Склиф» медсестрой. Там можно было получать бесплатные билеты в театр. Надо было идти туда как врач. И если кому-то в зале становилось плохо, то требовалось от тех людей, которые шли по этим

билетам, оказывать экстренную медицинскую помощь. Ну и я брала с собой много справочников по оказанию скорой помощи и т. д., лекарства, а также тонометр, фонендоскоп (пульсоксиметров не было). Шла, с одной стороны, получать удовольствие от спектакля, но, с другой, при этом сидела и дрожала в ожидании того, не будет ли кому-то плохо. Мы много театров тогда посетили. На

Каждый студент должен для себя найти прежде всего учителя. Это как в первом классе: ребенку надо искать не какую-то престижную школу, не какие-то стены учебного заведения, а учителей.

первом курсе у нас была преподавательница по философии, и она нам говорила: «Девочки, вы, конечно, учитесь, это хорошо, но в выходные должны быть театры, парки, музеи в Москве. Вы должны всё это увидеть своими глазами».

Мне очень нравится путешествовать. Много поездок было во время и после аспи-

рантуры. В основном ездила на зарубежные конференции. У меня были научные гранты. От нас требовалось написание различных статей и тезисов, выступления с постерными, устными докладами. Объездила всю Европу. Потом один раз съездила в ЮАР, в Кейптаун. Видела страусов совсем близко, даманов, которые, несмотря на свою миниатюрность, являются ближайшими родственниками слона, видела океан. После этого поняла, что архитектура мне уже не так интересна, что музеи похожи в разных местах, теперь люблю именно природу. Мы были на зимнем Байкале, на Сахалине, на Камчатке, в Териберке. Вот это сегодня, наверное, мое главное хобби.

— Над чем сегодня работаете со своими учениками?

— Читаю студентам лекции по пропедвтике. Пропедвтика — это введение в терапию, во внутренние болезни, это методы обследования пациентов, симптомы, синдромы, правила постановки диагноза. Плюс еще у нас большое количество элективов по функциональной диагностике, для реаниматологов — ультразвуковая диагностика, есть элективы по редким заболеваниям сердечно-сосудистой системы и т. д. Работаю с ординаторами. Они присутствуют на моих консультациях, со временем растут, как и я, когда училась рядом со своими наставниками, начинают работать самостоятельно. Плюс веду утренние конференции, отчитываются дежуранты, в том числе ординаторы и практические врачи, смотрим по документации,

какие моменты дополнительно нужно учесть в ведении больного, интерпретируем анализы, если есть какие-то вопросы по лечению, можно как-то его улучшить, то стараюсь говорить об этом. На обходы ходим, в реанимацию, в терапевтическое отделение.

Еще мы занимаемся клиническими исследованиями. Их количество несколько сократилось, но два сейчас идут. Одно — наблюдательное, без препаратов, по выявлению амилоидоза у пациентов с синдромом карпального канала, другое — с препаратом, для лечения наследственной гиперлипопротеин(а)емии. У нас сейчас много научной работы

с аспирантами, ординаторами и даже со студентами. Описываем уникальные клинические случаи. Есть соискатели, которые хотят с нами сотрудничать, это уже работающие врачи, желающие защитить диссертации. Большое количество новых сотрудников на кафедре появилось. Когда я пришла заведовать кафедрой после локдауна, некому было работать: сотрудники из команды прежнего руководителя массово уволились перед 1 сентября. Это был большой вызов. Пришлось

экстренно искать новых сотрудников. У нас много баз потому, что некоторые сотрудники были готовы работать преподавателями, но работали врачами территориально в других местах. Пришлось сделать их базами кафедры, чтобы они могли продолжать там работать, а студенты приезжали к ним обучаться.

**Врач — это призвание.
И служение. Здесь должны
быть особенности,
определенные склонности
человека. Если есть любовь
к людям и желание
им помочь, то, конечно,
человеку место в медицине.**

«ВРАЧ — ЭТО ПРИЗВАНИЕ И СЛУЖЕНИЕ»

Когда я только начинала преподавать, у нас не было ни тестов, ни БРС, ни АОС — электронных систем, у нас не было ничего. Тогда я поняла, что надо создавать тесты, задачи, проводить письменный контроль, чтобы ребята могли свои знания сформулировать. Я придумывала для них вопросы, ставила иногда 0 или 0,5 балла за ответ по пятибалльной системе. Проверяла ответы в метро. У меня тогда уходило на дорогу полтора часа. Периодически



я засыпала в процессе проверки. С утра выдавала результаты выполнения заданий. Еще я консультировала как врач-терапевт в Больнице Буянова. Большинство консультаций были плановые, некоторые — экстренные. Их нужно было проводить одновременно с преподаванием в группе студентов. Я брала студентов с собой, мы вместе смотрели больных. Ребята учились, как расспрашивать, осматривать больного и так далее. Пока я писала свое заключение, давала им посмотреть историю болезни. Тогда не было ЕМИАС и электронных баз данных пациентов, только бумажная документация. Заставляла их отвечать, какие есть симптомы у пациента, синдромы, лабораторные, инструментальные данные, всё это интерпретировать. Студенты были в таком восторге, что одна группа мне подарила торт из мастики в виде белого халата с сиреневым воротничком (таким, как у моего халата), фонендоскопом и подписью «Резник Е.В.». Мне было очень и очень приятно.

**«ЕСЛИ ЕСТЬ ЛЮБОВЬ
К ЛЮДЯМ И ЖЕЛАНИЕ
ИМ ПОМОЧЬ, ТО,
КОНЕЧНО, ЧЕЛОВЕКУ
МЕСТО В МЕДИЦИНЕ»**

— Что Вы можете посоветовать человеку, который, как Вы когда-то, стоит перед выбором — стать ему педагогом или врачом?

— Врач — это призвание. И служение. Здесь должны быть особенности, определенные склонности человека. Если есть любовь к людям и желание им помочь, то, конечно, человеку место в медицине. Если нет или есть что-то с отрицательным знаком, наверное, в медицине делать нечего. Потому

что у нас очень долгий период становления. Пока человек реализуется, будет востребован, сможет заработать что-то, проходит время. Сейчас многие пытаются одновременно работать и учиться, в результате не у всех это получается. В медицину надо идти тем, кто любит людей, хочет помогать, понимает, что это в первую очередь труд. Иногда люди хотят без лишних усилий (раз — и всё) получать какие-то результаты. В медицине такого не бывает. Во всяком случае, среди тех, с кем я общаюсь в своем окружении. Педагогика — тоже своего рода служение. Если врач — грамотный специалист, конечно ему надо учить других. Мы не вечные, за нами придут следующие, и наша задача — вырастить максимальное количество хороших специалистов для того, чтобы они потом, может быть, помогли и нам.

К нам в ординатуру приходят выпускники разных вузов. Мы заметили, что выпускники Второго меда зачастую сильнее других. Они знают и понимают с полуслова то, что мы им преподаем. Может быть, потому, что мы читали им лекции, проводили практические занятия. И они знают нашу школу, наши методики. И это говорю не только я. Мы общались с докторами, которые участвуют в аккредитации студентов разных вузов, многие говорят, что «пироговцы» сильнее. Думаю, это происходит потому, что у нас выше требования. Выживают сильнейшие. Сперва конечно, трудно, но потом им же легче работать. Хочется пожелать, чтобы многие выпускники нашего вуза поступали к нам в ординатуру и аспирантуру. И чтобы на нашей кафедре было защищено множество диссертаций, сформировалась сильная школа, а на клинических базах — единые мощные кафедрально-врачебные коллективы.







“Традиции кафедры —
это то, что держит меня
на ней все эти годы.”

Андрей Аркадьевич

Кулов

НА СТОРОНЕ ПАЦИЕНТА — ВСЕГДА

Андрей Аркадьевич Шмилов

Есть отдельная специальность — психотерапия. Врач-психотерапевт — это отдельный сертификат, своя аккредитация и прочее.

Андрей Аркадьевич Шмилов — д.м.н., доцент, врач-психиатр, психотерапевт, врач высшей категории, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Института нейронаук и нейротехнологий Пироговского Университета, основатель и руководитель клиники «Ре-Альт». Окончил 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт имени Н.И. Пирогова и ординатуру по специальности «Психиатрия».

БОЛЬШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДИНАСТИЯ

Решение стать врачом пришло еще в дошкольном возрасте. Мой дед, известный врач-психиатр, руководил большим участком работы психиатрической службы в Молдавии, в Кишиневе. Каждое лето родители с удовольствием отправляли меня к дедушке с бабушкой. Дед всегда очень ждал моего приезда. У нас с ним находилось много интересных дел в каждый мой приезд. Однажды, в мои лет пять или шесть, мы с ним изучали книгу Дарвина о происхождении видов. Я очень хорошо помню наш темпераментный диалог. Я был возмущен таким несправедливым решением Чарльза Дарвина — признать, что обезьяна могла получить высшую нервную деятельность и стать чело-

веком. Думать, чувствовать, переживать как человек. Я думал, что этого не может быть, что здесь должно быть что-то еще. Дед отнесся к моей позиции очень серьезно, сказал: «Я с удовольствием выслушаю твои аргументы. Какие у тебя есть версии?» И хотя это происходило в таком шуточном формате, дискуссия была по-настоящему научной. Он очень меня любил и, конечно, хотел, чтобы я стал продолжателем врачебной династии. Мои родители тоже врачи. Отец — сын деда — психиатр. Мама — терапевт. Другие родственники также были замечены в медицинском деле. У нас дома была огромная медицинская библиотека, раритетные издания, от деда осталась. Он вообще был уникальным, легендарным для меня человеком, полиглотом, участником войны. Знал 11 языков, свободно общался на

них. У него были публикации в зарубежных журналах. Очень много исследований проводил в свое время. Его тема — послеродовые психозы. И вот вся эта огромная библиотека — от деда, отца, мамы — была у нас дома. Тогда не было никакой цифровой информации, всё в бумажном формате, вся она на книжных полках от пола до потолка застилала все стены моей детской комнаты, спальни. Первое, что видел, просыпаясь, — корешки медицинских, в основном психиатрических, книг. Это автоматически с детства влюбило меня в медицину. Я стал ее изучать.

В седьмом классе принял решение, что буду врачом. Тогда я подумал, что для этого мне достаточно прочесть 12 томов «Малой медицинской энциклопедии». Начав читать, я остановился где-то на 10-й странице, убедившись, что надо еще научиться понимать написанное. В школьные годы я точно знал, что стану врачом. Отец для меня был идеалом, я хотел быть похожим на него. А он мечтал, чтобы я продолжил семейную традицию. Сейчас один из моих сыновей оканчивает шестой курс нашего Университета, лечебный факультет. Он будет представителем четвертого поколения психиатров в нашей семье.

ПОСТУПЛЕНИЕ В «ПИРОГОВКУ» БЫЛО НЕПРОСТЫМ

В старших классах я стал выбирать медицинский институт. Тогда их в Москве было всего три. Знакомый

моего отца — известный профессор Марлен Иосифович Пекарский — заведовал кафедрой гистологии во Втором меде. Он сказал мне, девятикласснику, что нет на свете лучше вуза, чем 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. И я стал посещать в нашем любимом вузе подготовительные курсы для абитуриентов, кружок на кафедре гистологии. Там так это было хорошо организовано. Для абитуриентов даже сделали конференцию, где каждый выступал с каким-то докладом. Я очень серьезно работал над ним со своим товарищем из класса, и наш доклад занял первое место.

У нас дома была огромная медицинская библиотека, раритетные издания, от деда осталась, и это автоматически с детства влюбило меня в медицину.

Но подростковый возраст, пубертат, нарушил мою внутреннюю дисциплину, как это бывает.

Я отлично сдал при поступлении биологию, химию. Но когда пришло время писать сочинение, во мне проснулся бунтарский дух.

Было время перестройки, в молодежной среде бытовали радикальные настроения... Мне надо было писать сочинение по произведению Александра Фадеева «Молодая гвардия». И я решил написать... критическое сочинение об Олеге Кошевом. Получил заслуженную двойку, мне сказали, что я не раскрыл тему и со своими вольными взглядами не должен быть студентом. Это был тяжелый удар...

Делать нечего, пошел устраиваться санитаром в больницу, чтобы на следующий год поступить. Но тут коллега моей мамы сказал, что в других институтах недалеко от Москвы, в том числе в Ярославле, Твери, Смоленске, экзамены позже. И еще есть возможность

попробовать поступить туда. Я посмотрел расписание электричек, увидел, что ближе всего Тверь, и поехал. Там, правда, оказалась не химия, а физика. Я, не готовясь, каким-то чудом сдал ее на четыре, поступил. Два года учебы на лечебном факультете в Тверском медицинском институте были просто становлением моей зрелости. Меня окружали потрясающие, уникальные специалисты. Профессура Тверского мединститута была на базе ленинградских медицинских вузов, которые эвакуировали в годы войны в Тверь, там они и осели. Эти профессора, их ученики нам преподавали. Я считаю, это для меня было просто шикарно. Ну и конечно, свободная жизнь, друзья, секция баскетбола, театральная студия, студенческие стройотряды. Это была бурная жизнь, прекрасное время. Но потом всё-таки принял решение перевестись в Москву, во Второй медицинский институт. Это было очень непросто. Существовала разница в программах, надо было пересдавать патанатомию, а это один из самых сложных предметов в медицинском вузе. Программа была разная. И здесь ребята уже полгода отучились, а там еще не начинали. В общем, я за один год смог пройти программу полутора-или двухгодичной патанатомии, сдать экзамен. И во Втором меде обрел себя сначала в качестве полноценного студента, потом ординатора, а далее уже сотрудника кафедры.

ПОСТОЯНСТВО В ПРОФЕССИИ

Я всегда отличался завидным постоянством. Был влюблен в психиатрию изначально. Практически с первого курса присутствовал в отделениях психиатрической больницы, любил говорить с врачами. Устроился работать медбратом в психиатрическую больницу.

С третьего курса я был и в приемном отделении, и в острых отделениях психиатрического стационара, и в пограничном. К концу шестого курса, перед началом ординатуры, меня заприметила моя первая учительница — легендарная Надежда Дмитриевна Лакосина, заведующая кафедрой психиатрии, профессор. Ей в этом году исполнилось 99 лет. Я был у нее недавно дома. Она потрясающе выглядит, самое главное — обладает незаурядными когнитивными способностями, у нее так называемая гипермнезия: она имеет прекрасную память, помнит имена и телефоны многих наших близких и друзей. Надежда Дмитриевна — мировая величина в области психиатрии, последовательница идей и школ наших великих заведующих кафедрой прежних лет — Николая Николаевича Баженова, Василия Алексеевича Гиляровского, Олега Васильевича Кербикова, Геннадия Константиновича Ушакова. Она стала подкидывать мне идеи для научной работы. И я к началу ординатуры принялся собирать обзор литературы, активно участвовал в студенческом научном кружке, был его старостой. Мы проводили свои исследования, я дважды выступал на Пироговской олимпиаде. Студенческий психиатрический кружок до сих пор существует. В этом году он занял первое место в конкурсе кружков у нас. Конечно, у меня тогда уже были идеи научных исследований.

ОРДИНАТУРА И АСПИРАНТУРА

В ординатуру я поступил на нашу же кафедру. Тогда как раз заведующим стал мой второй учитель — профессор Игорь Иванович Сергеев. К сожалению, его сейчас с нами уже нет. Во многом благодаря именно ему я стал не просто врачом, а педагогом, человеком, близким



к науке. После ординатуры была очная аспирантура на нашей кафедре. Тема диссертации — очень актуальная. На тот момент было много больных с паническими атаками, различного рода тревожно-фобическими расстройствами — навязчивыми страхами. Эти люди относились к категории пограничных психических больных. Они работали, у них были семьи. Не наблюдалось особо тяжелых состояний. Но порой из-за этих страхов они не могли даже выйти из дома, были очень ограничены функционально. Кандидатскую диссертацию я защитил на тему фобий, панических расстройств.

Хорошо помню один эпизод, связанный с периодом работы над кандидатской. Я набрал группу пациентов в составе семи человек. Их всех объединяла боязнь находиться в метро.

Мы приезжали из больницы к станции «Шаболовская», держась за руки (была такая поведенческая психотерапия, функциональной тренировкой ее называли), спускались на станцию и садились в вагон. Они тряслись как зайцы, держались за меня всеми конечностями. И мы проезжали одну остановку до станции «Октябрьская». Обратно до больницы уже возвращались на трамвае. Так мы тренировали устойчивость к опасным для них ситуациям. Это давало результат, но не для всех. Пробовали разные другие способы. Тогда только зарождалась методика биологической обратной связи. Это когда при одновременной регистрации вегетативных симптомов моделировали ситуации, где у пациентов возникал

страх. И они учились по экрану монитора определять, насколько могут контролировать свой страх. Очень ценный опыт был для профессионального роста. В ординатуре у меня было много близких друзей, однокурсников, дружная компания. Это очень помогало в работе. Мы часто объединялись в команду, для того чтобы быстрее решить задачу. Нам тогда предоставляли возможность самостоятельно лечить больных. Дают историю болезни поступившего пациента. Надо провести диагностику, назначить лечение. Сидим мы в ординаторской, смотрим эту историю, думаем, кому же ее взять. У нас выработался тогда коллегиальный подход. Впятером мы становились одним врачом, таким пятиглавым драконом, заменяли одного лечащего врача. Кто-то

один из нас писал историю болезни, кто-то общался с пациентом, кто-то — с родственниками, кто-то помогал заполнять отчетные документы, кто-то занимался психотерапией. Потом мы менялись, очень много вещей делали вместе. Когда пациента спрашивали, кто был лечащим врачом, он отвечал: «Эти пятеро». Как-то раз в больницу поступила пациентка с тяжелой депрессией, суицидальной. Она потеряла свою дочь. Совсем юная девочка погибла в ДТП. Женщина находилась не просто в депрессивном состоянии, а в диссоциативном ступоре, как его называют. Это такое состояние, когда человек перестает контактировать с окружающими, не общается, погружается в заторможенное, безмолвное состояние. Не ест,

Пациенту тогда довели дозы до максимальных, и в один день отменили препараты. Со второго дня отмены он стал демонстрировать положительную динамику.

не пьет, ничего не делает. Нам пациентка досталась именно такой. Одним из важных психотерапевтических приемов в этой ситуации, которые обычно помогают начать терапию, является сообщение человеку о произошедшем, начало разговора именно на эту тему. Конечно, 21-летним созданиям было трудно представить, как об этом разговаривать с находящейся в таком тяжелом состоянии 40-летней женщиной. Я пошел, начал разговор. Трясусь, боюсь, мне очень волнительно, переживаю. Почувствовал, что вхожу и в другую специальность — психотерапевта, а это отдельная область психиатрии. Мы выбрали пациентке терапию, естественно, с согласования заведующего отделением. Постепенно женщина вышла из реактивного состояния, начала разговаривать, есть, а потом смогла дальше восстанавливаться. Нас всегда спасало то, что в этом же отделении был кабинет Надежды Дмитриевны Лакосиной. И мы всегда к ней бегали за советами. Она по-матерински тепло к нам относилась, всегда смотрела вместе с нами больных, давала рекомендации. Этот человек сыграл очень большую роль в моем профессиональном становлении.

ВЫХОД ИЗ ТЯЖЕЛЫХ ИСТОРИЙ

Помню пациента с достаточно тяжелым суицидальным поведением, в психозе, депрессивно-бредовой больной. В силу своих бредовых переживаний он был убежден, что является главным виновником всех мировых бед. И от него исходит опасная инфекция, которая может всех заразить. Тогда все умрут, мир исчезнет. Это бред гибели мира, или апокалиптический бред. В данном случае это был бред злого могущества, когда человек убежден, что он вселенское зло.

Наш пациент до больницы совершил две «неудачные» попытки суицида, потом еще и в больнице. И никак не поддавался терапии. Пробовали разные лекарственные схемы, разные варианты дозировок, комбинаций, консультировались у разных специалистов. Пробовали всё, но никак не двигалось. В какой-то момент я почувствовал, что суицидальный риск максимальный. Пришел к медсестрам и сказал, что ситуация настолько серьезная, что пациента недостаточно просто наблюдать со всеми в палате, необходимо постоянно быть рядом с ним. Мои слова остались неуслышанными, медсестра отвлеклась, и пациент, улучив момент, пробрался в процедурный кабинет. Нашел упаковку самых сильных препаратов, взял в буфете нож для нарезки хлеба, добыл ножницы. И совершил тройной комбинированный суицид. Принял все таблетки, вскрыл себе, лежа в кровати под одеялом, вены и сунул в открытую розетку ножницы. Удалось спасти. После чего он долго лежал в реанимации, провел в больнице больше шести месяцев. В какой-то момент мы приняли решение, что его нужно переводить в загородную специализированную больницу для долечивания. Когда в очередной раз проговаривали этот вопрос с заведующей отделением, решили пригласить на консультацию академика Александра Сергеевича Тиганова с кафедры психиатрии РМАПО. И уже во время совместного обсуждения моего пациента я вдруг вспомнил, что есть такой метод преодоления резистентности, как одномоментная отмена всех препаратов. Это сильный стресс для рецепторов, который в небольшом проценте случаев дает свой результат. После отмены потом опять назначают лекарства, срабатывает медикаментозный эффект, больной

лечится. И я тогда в такой авторитетной компании осмелился предложить этот метод. Неожиданно все согласилось. Пациенту тогда довели дозы до максимальных, и в один день отменили препараты. Со второго дня отмены он стал демонстрировать положительную динамику. Прямо у меня на глазах за неделю-две он на 80 % вышел из своего психоза. Мы его, конечно, никуда не переводили. Он немножко долечился в стационаре и вышел из своего очень тяжелого затяжного приступа. Об этом методе, конечно, знали все, но одно дело просто знать, а другое — вспомнить у койки больного и предложить. И успеть помочь.

Разные были ситуации, и печальные в том числе. В психиатрии тоже есть летальные исходы. За всю мою 35-летнюю психиатрическую практику на моем «врачебном кладбище» есть шесть человек. Каждого из них я очень хорошо помню, они впечатались в память. Продолжаю себя где-то в глубине души корить за то, что недосмотрел. Это тяжелый стресс для каждого врача, но любой подобный негативный опыт является лучшей школой. Я делаю всё, чтобы, столкнувшись с такими ситуациями, не повторять подобных ошибок.

ПРЕПОДАВАНИЕ И ТРАДИЦИИ

Когда я защитил кандидатскую диссертацию, Игорь Иванович Сергеев предложил мне работу на кафедре ассистентом. Я к тому времени полюбил и учебную работу, начал преподавать студентам. Подходил к этому очень неформально, порой даже дерзко разрушая какие-то академические традиции. Мы со студентами очень много смотрели пациентов, активно вовле-

кались в их жизнь. Я руководил тем самым студенческим кружком. Мы проводили там со студентами большие научно-исследовательские проекты. Однажды мы взяли и решили с кружком сделать поперечный срез всех пациентов всех отделений тогда еще 55-й городской больницы, она находилась рядом с Больницей Алексеева. Армия студентов-кружковцев там была — человек 40–50. И мы посмотрели всех больных этого стационара (около 800 человек), какие у них развиваются психические расстройства в связи с их основной соматической болезнью. Пытались найти корреляцию. Психосоматическая работа такая была, на студенческом уровне.

Традиции кафедры — это то, что держит меня на ней все эти годы. Атмосфера, коллектив, совершенно потрясающие, уникальные, теплые люди. Полное взаимодействие с ними. Я в эту атмосферу с большим комфортом влился. И я, и многие сотрудники, уже опытные, до сих пор на нашей кафедре, мы стараемся продолжать, поддерживать и развивать эти традиции. Учим наших молодых сотрудников вести себя коллегиально, корректно, вместе с тем достаточно инициативно.

У нас шесть клинических баз, где мы постоянные гости. Это больницы им. Н.А. Алексеева, им. П.Б. Ганнушкина, им. В.А. Гиляровского, Военный госпиталь имени Н.Н. Бурденко, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой, Научно-практический центр наркологии. Там я, как и сотрудники нашей кафедры, консультирую больных. Консультативная работа занимает много времени. В среднем одна консультация пациента длится от одного до двух часов. В психиатрии это подробный сбор анамнеза: анализ личностных особенностей пациента,



социальных взаимодействий, лабораторно-инструментальных исследований. Клиническую работу я соединил с образовательной, и некоторые консультации провожу в рамках так называемых клинических разборов. В каждой больнице есть такая возможность, смотрим пациентов в больших конференц-залах. И туда приглашаются врачи больницы. Ординаторы наши не приглашаются — они и так должны там быть. Приглашаются ординаторы других кафедр. Обычно это полная аудитория, аншлаг. Туда приезжают студенты, ординаторы, врачи и психологи из других вузов и больниц. Приглашаем пациента из отделения. Я веду с ним беседу, мы проводим глубокий разговор о его жизни. После того как пациент уходит, аудитория обсуждает этого больного. Высказываются мнения, идет дискуссия. Некоторые разборы, помимо образовательной, преследуют и научную цель. Мы публикуем стенограммы наших разборов в профессиональных журналах. Я знаю многих ребят, формирующих на базе этих разборов научные гипотезы, которые становятся основами их будущих исследований.

ВРАЧУ НЕОБХОДИМА РЕЛАКСАЦИЯ

У всех психиатров, конечно, есть профессиональная вредность. Иногда бывает, что ты приходишь с работы домой, где дети, внуки, жена. Они что-то рассказывают, истории свои, мы вместе обсуждаем, а у меня продолжается «психиатрическая работа» мозга. И я начинаю что-то высказывать медицинское. Они понимают, что уже от этого никуда не денешься. И по возможности близкие стараются вовлечь меня в активный отдых. Изредка

это получается. Я обожаю разные путешествия. Одно время мы ездили в большие автотуры, объездили всю нашу страну. В планах сейчас Средняя Азия. Еще мы с женой занимаемся спортом, связанным с длинными путешествиями. Мы увлекаемся триатлоном — видом спорта, требующим длительной физической выносливости из-за очень больших дистанций. А путешествия связаны с тем, что соревнования по триатлону проходят по всему миру. И хочется в них участвовать. Еще у меня есть баскетбол — любовь со школьных лет. Мы близко дружим с коллегой Иваном Геннадьевичем Гордеевым, заведующим кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е. Лукомского, и по пятницам, когда есть возможность, встречаемся вечером с ним, другими «ветеранами» здесь, в Университете, проводим вечера в игре.

ПРОЕКТЫ И ПЛАНЫ

Еще одно направление моей деятельности — социально-просветительское. В рамках таких проектов мы, я и мои кафедральные коллеги, позиционируемся как кафедра Пироговского Университета. Один из очень крупных проектов, который проводится под эгидой Департамента здравоохранения города Москвы, реализуется во главе с главным внештатным специалистом — психиатром Департамента здравоохранения города Москвы Георгием Петровичем Костюком. Его название — «Псифест». Мероприятие длится обычно три-четыре дня и проводится на крупных социальных площадках. Огромный спрос и большая популярность есть у этого проекта. Сейчас мы его проводим на площадке «Благосфера» в районе станции метро «Динамо»,

и там любой человек совершенно бесплатно может прийти, не показывая никаких документов, свободно зарегистрировавшись на сайте, и участвовать в программе этого фестиваля. У мероприятия очень насыщенная повестка: психологи, психиатры, психотерапевты и кафедральные люди. Мы проводим лекции, семинары, разборы кинофильмов, различные патографические этюды, я очень люблю эту тему — с обсуждением психической жизни гениальных людей, их проблем. Ну и конечно, главным ядром мероприятия, тем, из-за чего приходит много людей, являются анонимные коротенькие приемы, которые проводят специалисты. Это беседы с любыми желающими об интересующих их проблемах психического здоровья. За 30 минут удается понять чело-

века и направить туда, где ему могут оказать помощь. Есть еще несколько проектов психологического просвещения. Недавно мы в Пироговском Университете реализовывали большой проект «Готов ли ты психически?» со студентами первых курсов. Молодые ребята, начиная учиться, сталкиваются с огромными трудностями. Появляются особые требования, очень тяжелые предметы, некоторые студенты «срываются» на гистологии, анатомии, биологии. Огромный объем информации, и они просто теряются. Хорошие ребята, с нормальными мозгами, способные, которые могли бы стать хорошими врачами, вылетают из института. Не

справляются с ужасной нагрузкой из-за своего психического состояния. Мы проводили с такими ребятами семинар с участием наших коллег-психологов с психологического факультета, которые тоже давали очень ценные рекомендации. Вели со студентами и коррекционную психолого-психиатрическую работу. Сегодня этот проект продолжаем реализовывать силами Института клинической психологии и социальной работы и его директора. Мы всегда готовы подключаться и участвовать, проводить совместные мероприятия. Недавно была большая психолого-психиатрическая акция с участием студентов первых — третьих курсов, организованная в Пироговском Университете. Это профилактическое направление работы, очень важное.

У врачей нередко случается эмоциональное выгорание. Это довольно тяжелое расстройство, которое делает специалиста несостоятельным в его профессиональной деятельности. Он вынужден увольняться. У нас было исследование под руководством профессора нашей кафедры Ольги Фёдоровны Панковой, мы выяснили, что не у каждого врача этот феномен появляется и развивается. А возникает именно у того врача, у которого были предпосылки, предвестники этого расстройства. Они уже видны в институте, пока он учится. Профилактика будущего эмоционального выгорания среди студентов медицинских вузов могла бы стать мощным проектом, может быть, даже государственного масштаба.

**За 30 минут удается
понять человека
и направить туда,
где ему могут
оказать помощь.**





“Если ты хочешь
работать в педиатрии,
на пациентов
обижаться нельзя.”

Антон Веннадиевич

Карбутов

СПАСАЯ ДЕТСТВО, СШИВАЯ СУДЬБЫ

Антон Геннадиевич Нарбутов

К.м.н., координатор хирургической службы Российской детской клинической больницы — филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (РДКБ — филиала Пироговского Университета), заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии РДКБ — филиала Пироговского Университета. Выпускник РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Антон Геннадиевич рассказывает о том, как в его жизни появилась медицина, счастливом времени учебы в Университете, своих приоритетах и о том, чем занимается сегодня в РДКБ — филиале Пироговского Университета. А.Г. Нарбутов — патриот Российской детской клинической больницы — филиала Пироговского Университета.

С ЧЕГО ПРИШЛА ИДЕЯ СТАТЬ ВРАЧОМ

Все мы в детстве обращаемся в медицинские учреждения. И мы с мамой ездили в ведомственную поликлинику МВД, детскую. Помню, там было много добрых врачей. У меня был врач-педиатр, сейчас уже не помню, как ее зовут, мы называли ее Мальвиной. Потому что у нее были волосы фиолетового цвета. Она была потрясающе доброй женщиной, и я помню ее отношение. Мне никогда не было страшно. В возрасте шести или семи лет я как-то однажды на горке получил очень большую резаную рану руки. Очень долго лечился. Меня, кстати, консультировал микрохирург в Филатовской больнице. Наверное, с того времени и случился

какой-то составной пазл в дальнейшем решении заниматься именно хирургией травмы. Но до восьмого класса я ни о чем таком не помышлял, хотя родители у меня отношение к медицине имели. Отец — зубной техник, мама — фармацевт. Естественно, это была такая медицинская среда. Многие друзья семьи — медики, стоматологи. Отец хотел, чтобы я был зубным врачом, а мама говорила, что надо идти в детскую медицину. Среда и общение в семье, конечно, повлияли. А в восьмом классе родители предложили перейти в 109-ю школу, где был медицинский лицейский класс, в котором готовили к поступлению в вуз. Это было очень интересно. Я попал в среду тех людей, кто выбрал эту профессию. Там делали упор на определенные предметы,

КРУЖОК В ФИЛАТОВСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Со второго курса мы с моим студенческим приятелем Толей Овечкиным, который стал впоследствии успешным реаниматологом, пришли в кружок детской хирургии Филатовской больницы. И вот с этого начался мой путь в детскую хирургию. Вахтанг Панкратович Немсадзе — это целый мир, первый, с кем я встретился в детской хирургии. На тот момент ему уже было за 70 лет. Я наблюдал за тем, как он разговаривал. Это всегда было на равных, тепло, по-доброму. Не свысока, как часто бывает у многих профессоров. Он был просто такой святой из детской хирургии. До

сих пор в принятии каких-то профессиональных решений, скорее касающихся совести, сверяю: а что бы Немсадзе подумал на этот счет? И всё встает на места. Я хорошо помню первое занятие кружка. Мне как будто тумблер какой-то переключили в голове,

и я понял, что отсюда уже не уйду. Это стало регулярной историей. Потом, на четвертом курсе, я стал старостой кружка. Староста организует всю работу, ведет статистику, перечень заседаний, распределяет, что будет на каком, участвует в научной деятельности кружка. Кружок — исключительно важная вещь. Кроме того, что это братство и среда, там еще очень многому учат.

Я недавно был на Пироговской конференции в жюри, могу сказать, что нынешние студенты — очень сильные

говорили на определенные темы. Пройдя этот школьный путь, я успешно сдал вступительные экзамены во Второй мед.

ШЕСТЬ УВЛЕКАТЕЛЬНЕЙШИХ ЛЕТ

Передо мной стоял выбор между лечебным факультетом и педиатрическим. Тут, наверное, сыграли детские воспоминания, и я выбрал детскую медицину. О чем совсем не пожалел потом. Мне всегда это нравилось. И я поступил на педфак, хотя баллов набрал на лечфак.

А дальше — совершенно увлекательнейшие шесть лет обучения в институте. Говорят, что сложно учиться в меде. Я не могу такого сказать. Если тебе интересно (а мне было безумно интересно это всё), всё пролетает как один миг. Студентов первого курса сразу можно распознать. Они все ходят с горящими глазами, в халатах застегнутых, шапочках обязательно. На первом курсе самой увлекательной была анатомия. Я сразу записался в анатомический кружок. Его курировал Евгений Михайлович Сергиенко — прекрасный преподаватель, к сожалению, скончавшийся несколько лет назад. Мы после основных занятий еще и препарировали. Это первое, наверное, с чего началась хирургия, работа с тканями. И мы учились препарировать, выделять сначала более крупные структуры, потом сосудисто-нервные пучки. Всё это помогло успешно сдать экзамены.

Говорят, что сложно
учиться в меде. Я не могу
такого сказать.
Если тебе интересно
(а мне было безумно
интересно это всё),
всё пролетает как один миг.

кружковцы. Доклады, которые ребята показывают на этой конференции, во многих вещах превосходят доклады, которые показывают доктора на взрослых конференциях. Студенты очень сильные сейчас. Второй мед, по крайней мере в детской хирургии, регулярно берет все ведущие места. Как на своей конференции, так и на всероссийской, на многих других, а также на олимпиадах, научных конгрессах.

НАСТОЯЩИЙ БРЕНД

Мы участвовали в студенческих конференциях в России, в Сербию ездили. Очень увлекательное было время. Выезжали на всероссийские конгрессы по детской хирургии, знакомились с такими же, как мы, студентами, кружковцами из других городов. Это было даже шире кружковского братства, оно получалось всеобщим. Со многими из них мы до сих пор общаемся. Все уже доктора разных специальностей.

ВЕХИ КАРЬЕРЫ

Институт пролетел быстро, весело и здорово. А вот ординатура была достаточно тяжелой работой. Потому что, если ты полноценно обучаешься в ординатуре, именно вникая, тебе нужно освоить огромное количество хирургических специальностей за достаточно короткий срок. Ординатура — два года, а кто-то учился в интернатуре один год, и я не представляю, как можно освоить всё за этот период. Так вот, тебе нужно всё это впитать и при этом как-то выжить. Это было достаточно непростое время. Мы успевали все работать. Такое впечатление, что у нас в сутках было по 48 часов. Мы все этим горели, ходили на дежурства со старшими коллегами, чтобы посмотреть, понять, как это всё

работает. У многих, у меня в том числе, было даже по две работы. Я работал медбратом в Филатовской больнице и в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения в Российской детской клинической больнице, потом сюда устроился уже врачом после ординатуры. Я считаю себя патриотом этой больницы.

Если идти такими вехами, то первая часть — это кружок, очень важный период, вторая — работа у Юрия Александровича Поляева, где был старт врачебной и научной карьеры, а третья часть — практическая.

Первое место, в котором я работал врачом, — отделение профессора Юрия Александровича Поляева. Он до сих пор работает в РДКБ — филиале Пироговского Университета. Это мой первый научный учитель. Он учил меня самому началу работы врачом, стал научным руководителем диссертации. Была хорошая и интересная работа, и весь задел профессиональной деятельности, в основном научной, у меня сложился именно благодаря Юрию Александровичу. Диссертацию я, правда, писал долго, семь лет. Когда мы начинали с Поляевым работать, еще было множество российских, зарубежных поездок. В Вену ездили с ним, там был международный конгресс по рентгенорадиологии. Я читал там доклад. Это было такое большое научное начало. Он учил меня выступать, писать статьи.

После работы в рентгеноэндоваскулярной хирургии была моя первая попытка поработать во взрослой медицине. Я устроился в Первую Градскую больницу. Но достаточно быстро понял, что взрослая медицина — это не мое, и вернулся. Полностью отсюда я не уходил, оставался дежурником. Вернулся я уже в «открытую» большую



хирургию, в отделение детской и сердечно-сосудистой хирургии.

Мой хирургический учитель — Максим Николаевич Сухов. У каждого хирурга всегда есть человек, который ставит ему руки. Он доверяет тебе впервые оперировать, показывает этапы, учит. Максим Николаевич сейчас, как и тогда, является заведующим отделением детской и сердечно-сосудистой хирургии. Я проработал у него в отделении шесть лет, и это была очень хорошая хирургическая база. Могу сказать, что он из тех редких заведующих, которые оставляют за собой очень сильных учеников.

Не одного кого-то избранного, а всех докторов в своем отделении он учит оперировать. У него свой особый талант — бесстрашно обучать молодежь вокруг себя. Очень многие его ученики стали блестящими хирургами, а также руководителями хирургических отделений. Настоящая кузница кадров в каком-то роде получилась.

Детская сосудистая хирургия, в отличие от взрослой, — это в основном пороки развития сосудов. Конечно, бывают и приобретенные поражения, но по большей части это различные врожденные аномалии. У нас здесь сейчас центр лечения сосудистых пороков развития.

ПАЦИЕНТЫ СТАНОВЯТСЯ РОДНЫМИ

У нас лечатся дети с одного месяца до 18-летнего возраста. Многие малыши,

уже становясь взрослыми, продолжают поддерживать с нами связь, даже если в этом нет медицинской необходимости. Звонят, пишут, приезжают в гости, когда бывают в Москве, если живут не здесь. У всех разные истории. Недавно нас посетила одна бывшая пациентка. Она уже взрослая девушка. У нее было очень тяжелое поражение нижней конечности, сосудистая мальформация, то, от чего можно было погибнуть. Это не та история, когда операция помогла бы полностью восстановить функцию конечности. В той ситуации ее можно было спасти, только проведя

ампутацию. После восстановления девочке сделали протез. И она такая молодец! Не впала в уныние, психологически здорово перестроилась. На этом протезе и спортом занимается, и ведет активный образ жизни. Огромную роль сыграло то, что у нее очень хорошая семья, они здорово ей помогли справиться. С родителями бывает по-разному. Мы всегда

говорим им: «Мы здесь для того, чтобы вместе с вами лечить. Если мы с вами не в одной лодке, ничего не получится. Успех на 50 % зависит от вас. Мы с вами команда для выполнения цели. Для того, чтобы помочь вашему ребенку». Микрохирургия — это достаточно сложная и редкая специальность. По словам блестящего микрохирурга профессора А.Е. Белоусова, микрохирургия — это либо блестящая победа, либо сокрушительное поражение с минимальным количеством промежуточных

Бывает много тяжелых, многочасовых операций, когда мы по 15 часов оперируем. Но когда ты выходишь и выдыхаешь, что всё получилось, это так здорово. Испытывать удовлетворение после операции.

вариантов. Намного проще прооперировать грыжу и завтра отпустить этого пациента. Результат виден сразу. А так полгода ждешь, пока нерв прорастет, и результат почти всегда зависит от того, как пациент будет себя вести после операции. Если будет выполнять все рекомендации, то и результат случится быстрее, а если ничего не будет делать, прорастание нерва может быть неполным.

Сейчас много раненых детей привозят. В основном это минно-взрывные ранения, часто тяжелые, проникающие ранения конечностей, головы, сосудисто-нервных пучков, полостные. Осколки не выбивают, куда им попадать, проникают в организм, по дороге сильно нарушают анатомию, разрывают всё, что им попадает на пути.

Вот есть у нас чудесная девочка Ника. Ей 14 лет. Приехала к нам прошлым летом.

С тяжелейшими ранениями брюшной полости и правой руки. У нас была изначально цель — спасение ребенка. Работали командой: абдоминальные хирурги лечили травму брюшной полости, микрохирурги с травматологами — конечность. Были колоссальные риски, что она останется без руки совсем, две трети плеча отсутствовали. И сосудисто-нервный пучок пересечен, кость. Рана была просто гигантской. Руку мы спасли, рану залечили. Потом протезировали нервы — тоже колоссально сложная, многочасовая операция. Сейчас у Ники уже есть первые

движения, пока в верхних конечностях. Мы надеемся, что и дальше будет идти восстановление, сейчас с ребенком активно работают наши реабилитологи. Она приехала таким «ежиком»-подростком. Не могла даже нормально разговаривать с мамой. Постепенно пришла в себя. Так как правая рука у нее в конструкциях разных сейчас, в повязках, она полноценно пока еще ею пользоваться не может, поэтому пришлось Нике научиться пользоваться левой: сначала есть, потом писать, а затем уже и рисовать. Здесь, при РДКБ — филиале Пироговского Университета, есть

школа, в которой с Никой занимался учитель рисования. Стали получаться очень хорошие картины. И у нас была выставка ее работ, она даже ленточку перерезала. Прикипаешь к пациентам, которые долго у нас лечатся. Каждая история с ними проживается как своя, родная. И так радостно видеть, когда они справляются со своими проблемами.

Прикипаешь к пациентам, которые долго у нас лечатся. Каждая история с ними проживается как своя, родная. И так радостно видеть, когда они справляются со своими проблемами.

радостно видеть, когда они справляются со своими проблемами. Бывают и страшные бытовые случаи. В прошлом году к нам привезли ребенка из Оренбурга. Там живет его семья. У них большое хозяйство, был даже какой-то садовый трактор. И вот он и стал причиной ужасной травмы, полученной ребенком. Вся семья обедала в доме. Перед этим папа заглушил мотор трактора и ничего не опасался. Родители сели пить кофе, а дети выбежали во двор. Старшая сестра — девочка с неврологическим диагнозом. Она вдруг залезла на этот трактор и завела



его. Братишка, хотя и младше ее, за ней приглядывал. Залез на трактор, чтобы его заглушить, но она его толкнула, он упал под колесо, и трактор поехал. Родители, конечно, мгновенно подскочили к ним, но наезд на ребенка произошел. Его очень быстро привезли к нам. У мальчика не было половины лица, от глаза до затылка вообще не было кожи. Мы долго его восстанавливали. Сейчас уже красавцем ходит.

Очень часто к нам поступают с так называемыми «укушенными» ранами. Сейчас лечится мальчик из Сочи. Известная история. Там собаки — соседские хаски на него напали. И просто съели все центральные зоны лица. Нос, губу верхнюю откусили. Ему залечили все раны, восстановили, сейчас делаем пластику носа, его реконструкцию, дальше губу будем делать. Это надолго, очень тяжелый пациент. Но уже стал кушать самостоятельно, вес набирает. Многие дети у нас находятся подолгу. Сейчас лечится мальчишка после взрыва газа в Нальчике, который случился год назад. Привезли этого полуторагодовалого ребенка с папой, мама погибла, к сожалению. Приехал к нам очень тяжелый. Ожоговые травмы, вся голова, грудь, руки. Долго был в реанимации, выходили. Несколько пересадок кожи. Сейчас уже занимаемся пластикой, восстановлением эстетического вида, работаем над рубцами на руках, чтобы не было контрактуры.

РАБОЧИЕ БУДНИ И ПРАЗДНИКИ

Поскольку я руководитель хирургической службы, день у меня начинается в шесть утра. Например, в выходной, 1 января, в шесть утра я должен отправить отчет обо всех раненых пациентах (у нас есть форма отчета) в Федеральный

центр медицины катастроф, еще на несколько адресов.

Я должен сначала проверить, а потом отправить отчет об оказании помощи раненым пациентам, которые у нас лежат. Дальше тебе дежурные присылают отчет обо всех пациентах, которых наблюдали, оперировали за сутки. Ты это проверяешь и задаешь вопросы, уточняешь, корректируешь отчет. И потом отправляешь его директору и главному врачу.

Мой рабочий день начинается с покроватного обхода каждого пациента с хирургами нашего отделения. Мы проводим краткое обсуждение. Нужно дополнительно обсудить что-то, делаем это в ординаторской. А дальше уже идет напряженная работа: распределение поступающих пациентов, операции, всё, чем занимаемся повседневно.

У нас очень много пациентов. Мы увеличили их поток с 2022 года больше чем в два раза. И всё равно стоит очередь огромная на госпитализацию. Раньше было 35 коек, сейчас официально стало 45, но нам всё равно не хватает их. Если раньше мы оперировали четыре-пять дней в неделю, то сейчас достаточно часто работаем по субботам и по вечерам.

Мы стали лечить больше патологий. Раньше было меньше болезней, которые мы лечили в этом отделении, сейчас делаем больше хирургии нервов, занимаемся микрохирургией. Ребенок маленький, потому нервы и сосуды у него значительно меньше, чем у взрослых. Соответственно, если у взрослого нерв может быть 5 мм, то у маленького ребенка он будет 1,5 мм. Это надо шить. Нервы, сосуды, лимфатические сосуды — это всё микрохирургия. Есть международный термин — «супермикрохирургия». Это не про класс операции, а про суперма-



ленький диаметр сосудов, с которыми нам приходится работать. У пациента висит рука, не работает. Мы починили нервы, и она через какое-то время начинает работать.

Спасать людей приходится совершенно в непредсказуемых ситуациях. В феврале 2023 года в Турции случилось страшное землетрясение. В тот день я пришел утром на работу, собиравшись в операционную. Мне позвонила Елена Ефимовна Петрайкина, директор, спросила, есть ли у меня загранпаспорт. Я сказал, что минут за 20 до дома доеду. Таким образом я оказался в составе группы МЧС, которая летела на оказание помощи в Турцию. Мы провели в горах в Турции (город Кахраманмараш) неделю. Оказывали помощь пострадавшим во время землетрясения. Тяжелый, конечно, опыт, но так радостно, что многим сумели вовремя помочь. Очень бывают тяжелые ситуации. И очень жалко детей.

ПРОСТЫЕ ПРАВИЛА

Некоторые молодые ребята, которые работают у нас в отделении, наверно, могут назвать меня учителем. Я стараюсь, в том числе личным примером, по возможности стимулировать сотрудников к постоянному обучению. У нас есть курсы микрохирургии для врачей, приезжают на обучение из других

лечебных учреждений, даже из других стран. Для студентов Пироговского Университета мы организовали занятия по микрохирургии. Их проводит Александр Андреевич Смирнов — очень талантливый молодой врач, доктор нашего отделения.

Когда я пришел на заведование, у нас в отделении было не очень много микрохирургии. Я поставил своей целью развить это направление. И ребята учатся, им нравится. Даже у кого-то из давно работающих здесь докторов по-новому загорелись глаза. Стало меньше рутины. Бывает много тяжелых, многочасовых операций, когда мы по 15 часов оперируем. Но когда ты выходишь и выдыхаешь, что всё получилось, это так здорово. Испытывать удовлетворение после операции. Хотя бывает и по-другому, тревожнее. Ну да, сделали всё, что могли, но надо

смотреть, что будет в динамике, напряженно ждать. И боимся, ждем, чтобы узнать, как прижилось.

Очень важно уделять время общению с пациентами. Им иногда нужно нарисовать картинку, провести не пять, а пять — десять минут в разговоре. Многие и после этого не понимают до конца, поэтому надо два-три раза им объяснять. Как говорит Елена Ефимовна Петрайкина, наш директор, цитируя одного из своих учителей: «Если ты хочешь работать

С родителями бывает по-разному. Мы всегда говорим им: «Мы здесь для того, чтобы вместе с вами лечить. Если мы с вами не в одной лодке, ничего не получится. Успех на 50 % зависит от вас. Мы с вами команда для выполнения цели. Для того, чтобы помочь вашему ребенку.

в педиатрии, на пациентов обижаться нельзя». И с детьми надо тоже уметь разговаривать. Ребенка важно успокоить. Они же все боятся: и подростки 17-летние, которые родителям хамят, и малыши. Они все боятся, маленькие и большие. С каждым возрастом надо найти язык. В педиатрии не работает так, как со взрослыми. С малышами мы играем, рисуем, с подростками шутим на их языке.

НЕМНОГО ОБ УВЛЕЧЕНИЯХ

Для того чтобы избежать так называемого выгорания, необходима релаксация. В моей жизни это спорт. Так, 27 апреля мы с женой пробежали полумарафон. Она до родов и полные марафоны бегала. Сейчас, спустя пять лет, мы решили такой пробежать. Очень красивый финиш был в «Лужниках», внутри Большой спортивной арены. Еще у меня есть бокс. У нас же классная в «Пироговке» секция бокса, самбо. И вот я занимался еще во время учебы самбо, потом боксом. Тоже кружок бокса образовался тогда. Там собрались и те ребята, которые давно занимались, но уже стали докторами. А еще у меня есть другое увлечение — яхтинг. В 2013 или 2014 году мы с моим приятелем, с которым вместе учились, тоже детским хирургом, вспомнив свои детские мечты, книжку «Два капитана» Каверина, решили обучиться на капитанов парусных яхт. Прошли это обучение, получили права. И вот с тех пор это увлечение остается. В отпуске иногда случается позаниматься. Раньше было больше возможностей, но с тех пор как начальство поручило мне руководство хирургической службой, времени стало существенно меньше. Как говорит наш директор: «Права порождают обязанности, обязанности — ответственность».







Борис Яковлевич является не только блестящим клиницистом, передающим свой большой опыт обучающимся и молодым врачам, но и прекрасным педагогом.

Борис Яковлевич

арий

К 90-ЛЕТИЮ БОРИСА ЯКОВЛЕВИЧА БАРТА

Борис Яковлевич Барт

Д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, почетный профессор Пироговского Университета, почетный преподаватель высшего профессионального обучения Российской Федерации, профессора кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины Пироговского Университета.

26 июля 2025 года исполнилось 90 лет со дня рождения д.м.н., профессора, заслуженного врача Российской Федерации, почетного профессора и первого заведующего кафедрой поликлинической терапии (ранее — лечебного факультета) Института клинической медицины Пироговского Университета.

После окончания 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова (2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова) Борис Яковлевич обучался в клинической ординатуре на кафедре госпитальной терапии лечебного факультета, которой руководил академик П.Е. Лукомский. В 1965 году Борис Яковлевич успешно защитил кандидатскую, а в 1979-м — докторскую диссертацию. С 1980 до 1986 год работал профессором кафедры госпитальной терапии педиатрического факультета (заведующий кафедрой, академик РАН А.Г. Чучалин) этого же института.

В 1987 году по предложению руководства института Б.Я. Барт организовал одну из первых кафедр поликлинической терапии и был единогласно избран на должность заведующего этой кафедрой, на которой проработал более 25 лет.

Борис Яковлевич является не только блестящим клиницистом, передающим свой большой опыт обучающимся и молодым врачам, но и прекрасным педагогом. Его лекции и клинические разборы всегда пользуются большим успехом среди студентов, клинических ординаторов, аспирантов и врачей практического здравоохранения. Учениками Бориса Яковлевича являются не только студенты нашего Университета, но и ординаторы и аспиранты, которые успешно работают во многих городах Российской Федерации, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Большой вклад в развитие дисциплины «Поликлиническая терапия»

на лечебном факультете был внесен сотрудниками кафедры, руководимой профессором Б.Я. Бартом: коллектив кафедры принимал активное участие в подготовке двух образовательных программ «Поликлиническая терапия» (1992—1999), а также «Межкафедральной программы по врачебно-трудовой экспертизе» для студентов медицинских вузов России. Борис Яковлевич был соавтором (под руководством профессора В.А. Галкина) первого в нашей стране учебника «Поликлиническая терапия» (2000) для студентов высших учебных заведений. В 2004 году в том же авторском составе был подготовлен и издан исправленный и дополненный вариант учебника.

В 1991 году Борис Яковлевич Барт принимал активное участие в работе комиссии по разработке программы по подготовке врачей общей практики (семейный врач), которая послужила основанием к выходу приказа № 237 от 26.08.1992 Министерства здравоохранения РФ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейный врач)». Более 20 лет кафедра поликлинической терапии совместно с другими клиническими кафедрами успешно готовит и выпускает клинических ординаторов, обучающихся в Университете по программе «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

В 2005 году коллектив кафедры при активном участии профессора Б.Я. Барта и под его общим руководством выпустили учебник «Поликлиническая терапия» (первое издание; в 2007 году — второе переработанное и дополненное издание), рекомендованный УМО России в качестве учебника для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «медико-профилактическое дело».

В 2017 году под редакцией профессоров Б.Я. Барта и И.И. Чукаевой вышел учебник для студентов высших учебных медицинских учебных заведений по специальности «Лечебное дело».

В ноябре 2005 года по инициативе и просьбе Бориса Яковлевича Барта на кафедре был организован курс повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения, который успешно реализовывался до 2012 года по соответствующей программе кафедры.

Борис Яковлевич является членом правления Всероссийского научного общества кардиологов, членом Европейского общества кардиологов. В течение многих лет Б.Я. Барт являлся членом редакционных советов ряда журналов («Сердце», «Хроническая сердечная недостаточность», «Качественная медицинская практика»), в течение более 20 лет — членом Высшей аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по присуждению квалификационных

В 1987 году по предложению руководства института Борис Яковлевич организовал одну из первых кафедр поликлинической терапии и был единогласно избран на должность заведующего этой кафедрой, на которой проработал более 25 лет.

категорий врачам разных специальностей (терапия, кардиология, нефрология, функциональная диагностика), членом диссертационных советов по присуждению ученых степеней по кардиологии Пироговского Университета и Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России.

В период руководства кафедрой Борис Яковлевич педагогическую и врачебную деятельность успешно совмещал с научно-исследовательской работой, направленной на оптимизацию методов диагностики и лечения больных с ведущей сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией в амбулаторно-поликлинических условиях. Под его руководством аспирантами кафедры И.А. Осиповым, С.Е. Бащинским, Н.Г. Анчиполовской, врачом отделения функциональной диагностики Диагностического клинического центра № 1 города Москвы было проведено исследование возможностей и успешное внедрение в повседневную практическую деятельность врачей метода стресс-доплерокардиографии для диагностики и дифференциальной диагностики ИБС. С помощью сотрудников кафедры освоены и внедрены методы суточного мониторирования артериального давления при артериальной гипертензии разного генеза (ставшие в настоящее время практически рутинными), диагностики стенотического поражения сосудов почек с помощью ультразвуковой доплерографии почечных артерий, регистрации поздних потенциалов у больных с ХСН, стенокардией напряжения, инфарктом миокарда и т. д.

Комплексное исследование особенностей течения артериальной гипертензии, про-

веденное профессором Н.К. Рунихиной, доцентом Е.В. Кудиной, ассистентом кафедры Г.М. Бороненковым и др. у пациентов различных возрастных и гендерных групп в разные периоды жизни, позволило внедрить в практическую деятельность терапевтов поликлиник современные научно обоснованные подходы к ведению этих больных.

Многие из тех, кто осуществлял свою научно-исследовательскую работу под руководством профессора Б.Я. Барта, стали лауреатами конкурса молодых ученых на лучшую НИР по кардиологии и были удостоены престижной премии имени академика РАМН, профессора П.Е. Лукомского, среди них: М.А. Осипов, С.Е. Бащинский, Н.А. Овчинникова, В.Н. Ларина.

Неоднократно в период руководства кафедрой Б.Я. Бартом сотрудники кафедры становились лауреатами конкурса на лучшую НИР университета за комплекс работ по совершенствованию методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем на догоспитальном этапе. Под руководством профессора Б.Я. Барта защищено более 20 кандидатских и две докторские диссертаций. В вышедшей в 2009 году книге «Терапевты России» имя профессора Б.Я. Барта значится в ряду других клиницистов как одного из известных и выдающихся терапевтов XX и XXI веков.

Коллектив сотрудников кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины Пироговского Университета от всей души поздравляет профессора Бориса Яковлевича Барта с юбилеем и желают ему здоровья, счастья, творческих успехов и долгих лет жизни.









КОРПУС НА БОЛЬШОЙ ПИРОГОВСКОЙ УЛ.

2025



КОРПУС НА БОЛЬШОЙ ПИРОГОВСКОЙ УЛ.

2025





Журнал «Клуб выпускников».

Издается с 2021 года. Учредитель и издатель: Пироговский Университет.

Адрес редакции и издателя: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Над номером работали:

Юлия Корчагина, Николь Кафтанатий, Светлана Кашаева, Маргарита Соколова,
Татьяна Яковлева, Андрей Филиев, Михаил Сазонов, Константин Малышев.

Журнал распространяется бесплатно.

Тираж: 999 экземпляров.

Сайт
Пироговского Университета



Сайт
Клуба выпускников

