



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

НИИ ХИРУРГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

2014–2024

**НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2014–2024 /
под ред. академика РАН С. Ф. Багненко – СПб.: Принт24, 2024. – 128 с.**

Данный сборник представляет десятилетнюю историю Научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова через интервью с заведующими научно-клиническими центрами и отделами, входящими в состав института. В нем отражены предпосылки создания единой многопрофильной университетской клиники, становление и развитие НИИ хирургии и неотложной медицины, научные разработки и достижения его сотрудников, а также всесторонне освещена деятельность хирургического коллектива института, вопросы взаимодействия со специалистами других профилей, воспитания хирургического мышления и образа жизни.

Под редакцией академика РАН С. Ф. Багненко

Редакторы-составители: В. В. Бутакова, Л. В. Королева

Редактор-корректор: Е. Д. Герасимова

Дизайн и верстка: А. А. Фалдина

Фотография на обложке: В. В. Бутакова

Фотографии: В. В. Бутакова, Е. Ю. Случановский, И. А. Гриник

Тираж: 1000 экз.

Распространяется бесплатно



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

НИИ ХИРУРГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

2014–2024

Санкт-Петербург
2024



Сергей Федорович Багненко

Ректор ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи
Министерства здравоохранения РФ

Главный хирург Министерства здравоохранения РФ
по Северо-Западному федеральному округу

Руководитель НИИ хирургии и неотложной медицины

Доктор медицинских наук, академик РАН, профессор

***Расскажите, пожалуйста,
о предпосылках создания
НИИ хирургии. В чем стояла острая
необходимость, какие проблемы
удалось решить с его появлением?***

Ключевой мотив создания Научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины в нашем Университете — это, прежде всего, формирование конкурентоспособной многопрофильной клиники, соответствующей всем современным требованиям к ее устройству и являющейся важнейшей частью современного медицинского образования, которая позволяет наладить медицинское образование соответствующего уровня с перспективой на будущее. Во всем мире современные многопрофильные госпитали устроены по общей логике, которая предполагает создание общих диагностических объединений, общих вспомогательных подразделений, то есть это современное наукоемкое производство качественной медицинской помощи. Если клиника разрезана на отдельные, разобщенные между собой фрагменты, то организовать это невозможно. Этим страдали многие университетские клиники мира, и до сих пор все еще страдают многие областные больницы, многие из которых — многокорпусные, в них невозможно эффективно использовать тяжелую диагностическую технику, потому что все корпуса, кроме одного, остаются без нее; если поставить лабораторию — все остальные остаются без лаборатории. Поскольку эти диагностические и общегоспитальные службы очень дорогие, единственный способ, который придумало человечество — это формирование крупных многопрофильных клиник под одной крышей. Иногда это можно сделать просто переходами. Но если клиники находятся далеко друг от друга, приходится вставлять между ними новый корпус и тогда соединять их. Но принцип, что все клиники должны быть под одной крышей — ключевой и незыблемый.

***С какими сложностями
Вы столкнулись при организации
НИИ хирургии и как их удалось
преодолеть?***

Сегодня об этом уже можно вспоминать только с улыбкой, но поначалу я столкнулся с критикой со стороны действующих на тот момент лидеров направлений, когда начали строиться переходы между корпусами. Прежде всего, потому что те, кто не работал в крупных многопрофильных центрах, с трудом могут понять этот принцип. Им всегда кажется, что их отдельный дом со всем, что в нем есть — это очень удобно. При этом им будет не хватать, допустим, эндоскопии или других технологий, и они будут все время это просить. Но мы сегодня прекрасно понимаем, что эндоскопия — это не кабинет, это целое отделение с обработкой эндоскопов, со стерилизацией, целым технологическим процессом, и к этим технологиям нужен доступ всем. Поэтому должен быть центр в многопрофильной клинике под одной крышей.

Стало совершенно очевидно, что у нас много хирургических кафедр, у части из которых нет здесь ни одного отделения — кафедра хирургических болезней стоматологического факультета, кафедра травматологии, кафедра нейрохирургии. Это проблемы, которые надо было решать, потому что, имея многопрофильную клинику, нужно предоставить базы всем. Была непростая работа с руководителями кафедральных коллективов хирургического профиля, поскольку каждый из них привык быть лидером в своей клинике.



Здесь я должен поблагодарить и Валерия Михайловича Седова, и Николая Антоновича Яицкого, и Льва Васильевича Поташова, а потом — Дмитрия Юрьевича Семенова, за то, что они поддержали идею создания института и мы объединили все клиники хирургического профиля в один институт хирургии. После этого, сократив часть хирургических отделений, было создано два отделения травматологии и ортопедии, два отделения нейрохирургии и центр маммологии, восемь онкологических отделений, полностью соответствующих порядку оказания помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. На сегодняшний день у нас конкурентоспособный в России и мире лидер по каждому направлению, имеющий и международное имя, поэтому сегодня это многопрофильная хирургическая университетская клиника, в которой развиты и трансплантология, и эндопротезирование, и кардиохирургия, клеточные технологии, реконструктивная хирургия, хирургия воспалительных заболеваний кишечника. Отдельно следует сказать о бариатрической хирургии — направлении, у истоков которого наш Университет исторически стоял благодаря работам Л. В. Лебедева и Ю. И. Седлецкого. И это направление сегодня быстро и бурно развивается. И если мы не будем изменяться в соответствии с этими требованиями, то просто отойдем на периферию и уйдем из числа лидеров. Эти усилия позволили сделать многопрофильную клинику очень удобной и для современного педагогического процесса. Имея свою кафедру и клинику, очень удобно формировать образовательный процесс, но если ты неконкурентоспособен, то ты не можешь преподавать современную хирургию, а точно будешь преподавать позавчерашний день. Поэтому мы договорились объединить все клиники в институт хирургии и неотложной медицины, в то же время руководители кафедральных коллективов возглавили ключевые центры в этой клинике, и, по сути дела, им разрешается использовать любые подразделения в институте для того,

чтобы преподавать темы своих дисциплин для всех категорий обучающихся. На сегодняшний день все прекрасно понимают, что если вопрос касается, допустим, урологии, то в любой точке, даже в реанимации в 44-м корпусе, могут вестись образовательные процессы по урологии.

Какой Вы видите роль НИИ хирургии в современном российском здравоохранении – в СЗФО и в РФ в целом?

На сегодняшний день институт хирургии – это современная модель многопрофильной университетской клиники, в которой выполняется много высокотехнологичных хирургических операций, вмешательств специализированной помощи, которые очень востребованы в целом для любых регионов России, а с другой стороны очень полезны, чтобы именно на этом материале формировать образовательный процесс.

И, поскольку это мощная клиника, конечно, там работают и медицинская информационная система, и пневмопочта, и круглосуточные диагностические службы, есть современный терминал приема экстренных больных – «Стационарное отделение скорой медицинской помощи», которое создано по лучшим мировым образцам. Поэтому на сегодняшний день я считаю, что Университет имеет совершенно конкурентоспособную хирургическую клинику, которая оказывает специализированную и высокотехнологичную помощь по большинству направлений хирургии. У нас нет некоторых видов помощи – допустим, ожогового центра, центра сочетанной травмы, но это отдельные большие разделы, которые мы решаем на других площадках (например СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе), имея свои базы и соответствующие возможности. Но абсолютное большинство медицинских направлений у нас можно преподавать на имеющемся объеме оказанной помощи, которая организуется и оказывается в стенах самого Университета. Это очень важно и для студентов, и для педагогов, теперь все это можно преподавать внутри – у нас есть две кафедры онкологии, кафедры травматологии и ортопедии, нейрохирургии, кафедра урологии – традиционно один из крупнейших урологических центров. Это то, что на сегодняшний день я считаю нашим завоеванием.

Какую роль в работе института занимает научно-исследовательская деятельность?

Конечно, это научно-исследовательский институт, и каждое отделение, направление имеет обязательную научную надстройку. Отделения входят в состав отделов, которые и сосредоточены на различных направлениях науки. Их возглавляют лидеры направлений, кандидаты и доктора наук, академики, которые, помимо оказания высокотехнологичной помощи, предоставляют базу для учебного процесса; но на самом деле их главная задача – создание конкурентоспособной современной научной продукции. В клиниках, как правило, ведутся прикладные исследования, а в теоретических институтах, таких как Институт фармакологии им. А. В. Вальдмана, НИЦ, – и фундаментальные работы. В НИИ хирургии постоянно выполняются диссертационные исследования, пишутся статьи, оценивается публикационная активность, конкурентоспособность – и это тоже обязательный компонент работы университетской клиники, потому что в каждом отделении находятся не только заведующий и ординаторы, но еще руководитель, научные сотрудники, которые обеспечивают стратегическое развитие данного направления.

В чем особенность оказания экстренной помощи в НИИ хирургии и неотложной медицины?

Если говорить о том, что все клиники у нас выполняют высокотехнологичные вмешательства, они должны быть готовы и к осложнениям, и к оказанию экстренной помощи. А для того чтобы в любой момент была возможность



это сделать, все клиники должны иметь еще постоянный приток экстренных больных. То есть если это ортопедия, то должно быть и немного травматологии. Поэтому всегда нужно небольшое количество экстренных больных. То же самое касается хирургии, у нас есть все ее виды — трансплантация, кардиохирургия, реконструктивная, бариатрическая, но каждый день к нам поступает по 10 острых хирургических больных для того, чтобы все были в тонусе. Все диагностические службы в этом случае работают круглосуточно, и мы понимаем, что эта ситуация может возникнуть как извне, так и внутри. И на самом деле, когда мы начинаем анализировать, оказывается, что треть экстренных проблем возникает внутри. Потому что если у тебя за спиной 1600 сложных, требующих специализированной помощи больных не самого молодого возраста, у них возникают инфаркты, инсульты, ущемленные грыжи, обострения холецистита, острые пиелонефриты, кровотечения, тромбоэмболии — помощь должна быть оказана, и для этого формируется специальная технологическая цепочка. Наше стационарное отделение скорой медицинской помощи — это та площадка, на которой сосредоточена вся диагностическая база в 50 метрах от больного, чтобы здесь можно было сразу поставить диагноз и организовать соответствующую помощь при любой экстренной ситуации. Эта современная технология позволяет нам быть готовыми не только к тому, чтобы больные поступали снаружи, но и изнутри. До недавнего времени у нас было все, не хватало только инсультного центра, а это одна из самых распространенных экстренных патологий в стране. И если мы вспомним, то была программа 2007–2010 годов по созданию сосудистых центров, А. А. Скоромец вместе с В. И. Скворцовой стали пионерами мультидисциплинарных команд для того, чтобы организовать помощь больному с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Но со временем в силу ограниченности площадей это направление в учреждениях

города ушло вперед и в стране стали формироваться специализированные отделения для пациентов с ОНМК по современным лекалам с возможностью включения специальных мультидисциплинарных бригад. Около 10 лет назад нам пришлось закрыть ввоз пациентов с ОНМК, потому что мы не могли обеспечить требуемое сегодня качество по порядку оказания специализированной помощи данной категории больных. Но нам без такого современного центра не обойтись, и спустя 10 лет мы создали полноценный центр по оказанию помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Возглавляет его главный невролог Санкт-Петербурга и Северо-Запада профессор И. А. Вознюк, который является ведущим специалистом этого направления в России и в Петербурге.

Какие, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы стоят сегодня перед хирургией? Каким Вы видите вектор дальнейшего развития НИИ хирургии в современных условиях?

Наиболее серьезные проблемы нашей специальности в России — это организационные проблемы. За последние 40 лет хирургия стала высокотехнологичной, требующей серьезного, дорогостоящего минимально инвазивного оборудования; наша деятельность тесно увязана с лучевой и лабораторной диагностикой, с внутрисосудистыми вмешательствами. И поэтому появился некий диссонанс. То есть в крупных городах хирургия шагнула далеко вперед, а за их пределами осталась на уровне пятидесяти-семидесятилетней давности, когда при наличии только операционного стола и бестеновой лампы, лаборатории, автоклава, набора инструментов и местной анестезии хирург и операционная сестра могли выполнять многие вмешательства на достойном уровне того времени. Причем такой же набор был и в крупных клиниках. Не существовало круглосуточных технологий, кроме рентгена и лабораторий. А потом стали появляться компьютерные томографы, биохимические анализаторы, эндовидеохирургические стойки. Гораздо жестче стали условия использования крови. Если раньше ее можно было взять от донора и буквально тут же в операционной перелить больному, то сейчас мы понимаем, что есть огромные риски инфицирования пациента и нежелательных реакций. Теперь действует гораздо более жесткая система — кровь должна быть карантинизирована, перепроверена на ВИЧ, гепатиты, разделена на фракции — одно дело, когда нам необходимо восполнить глобулярный объем крови, то есть эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, и другое, когда нужны просто плазма, белок и так далее. Все это требует соответствующего отделения переливания крови, сепараторов, возможности банка крови. Как это реализовать в районной больнице, особенно с учетом того, что действует страховая медицина? Больной приносит частичку денег, которые отпущены на его заболевание. И если мы попытаемся создать центр на малую популяцию, то пришедших пациентов не хватит, чтобы содержать технологии. Поэтому назрел вопрос о концентрации хирургической помощи в крупных узлах, которыми на сегодняшний день являются областные, краевые и республиканские больницы. Но умирает хирургия в районных центрах. А как быть с тем, кто нуждается в экстренной помощи, если краевой центр находится за 500 километров от того места, где живет больной? Путь был найден в 2007–2008 годах, когда по всей стране стали создавать так называемые травмоцентры второго уровня либо первичные сосудистые отделения для лечения больных с инфарктом и с инсультом, рассчитанные на популяцию в 200 тысяч человек. Бралась часть любой области, куда входят несколько районов, и в наиболее крупном из них формировался центр, который специализируется на инфарктах, инсультах и сочетанной травме. Там стали появляться современные оперблоки, ЦСО, компьютерные томографы, отделения переливания крови, реанимации, а в наиболее крупных учреждениях — даже ангиографы.

Экстренная медицина — это не только инфаркт, инсульт и сочетанная травма, но и аппендицит, кровотечения, пневмония, гипертонический криз и так далее. Невозможно все забрать в промежуточные центры, которые объединяют пять-шесть районов. И со временем многим стало понятно — и к этому присоединились многие хирурги страны, — что 75 процентов всех экстренных

больных, а они обращаются в связи с гипертоническим кризом, коликой, обострением хронического пиелонефрита, холецистита, вполне можно оказать помощь в районной больнице, потому что нет необходимости в применении серьезных технологий. Их просто надо госпитализировать, обеспечить то, что называется «холод, голод, покой», применять обычную терапию, инфузии, медикаментозные препараты, наблюдать несколько дней и купировать обострение хронического заболевания. Другое дело — пациенты, которым нужна тяжелая диагностика или операция. Их немного, 15–20 процентов, но их надо вывезти на второй уровень, в узловые промежуточные центры, которые соберут у себя не только инфаркт, инсульт, сочетанную травму, но и острую хирургию, травматологию, гинекологию. Если взять все экстренные госпитализации в стране, а их порядка 12 миллионов, то из них 80 процентов, около 9 миллионов — пациенты с острой хирургией, травматологией, гинекологией. Таким образом, если мы оставим в районах 75 процентов терапевтической патологии, но заберем в промежуточные центры сложную хирургическую патологию, то не ухудшим доступность и значительно улучшим качество оказания всех видов инвазивной помощи там, где будут сосредоточены больные, нуждающиеся в тяжелой диагностике, реанимации, инвазивных вмешательствах, которым понадобится кровь, современные оперблоки и центры стерилизационной обработки. Вот в чем состоит задача на сегодняшний день. Но она связана с большими изменениями в построении системы. Люди привыкли, что у них в районах есть все, а теперь часть из этого хотят перевести на более высокий уровень. Они это воспринимают, как будто у них хотят забрать основную медицину. Допустим, если у человека желудочно-кишечное кровотечение, ему даже, скорее всего, не понадобится большая открытая операция, но могут быть необходимы кровь или эндоскопический гемостаз — дорогостоящая технология, которая должна быть в круглосуточном

Визит заместителя председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой
и врио губернатора Санкт-Петербурга А. Д. Беглова
в ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. 2 июля 2019 года



режиме работы. Этого нельзя сделать в районной больнице. И не только потому что это дорого. Допустим, нефть стоила бы не 100, а тысячу долларов за баррель, и у нас появилось бы количество денег, на которое мы могли бы купить эндоскопическое и любое оборудование в каждую районную больницу. Там не будет достаточной нагрузки, соответственно, врач будет терять квалификацию, и мы опять ничего не добьемся. Разве мы будем верить специалисту, томография у которого будет выполняться раз в неделю? Конечно, нет. Поэтому единственный путь — собрать тех, кто нуждается в серьезных инвазивных технологиях, тяжелой диагностике, в эти промежуточные центры. Но не всех: там не будет пациентов с редкими заболеваниями. Чтобы их охватить, нужен центр на миллион, а не на 200 тысяч человек. И это центр третьего уровня, чаще всего — областная больница.

Если у больного черепно-лицевая травма, проникающая травма глаза, нужен офтальмолог с микроскопом, придется его сразу вывозить на третий уровень — в областной, краевой, республиканский центр. И, таким образом, если говорить грубо о принципах, то терапия остается в районах, хирургия по наиболее распространенным профилям — в межрайонных центрах, а это уже 95–97 процентов больных. 75 процентов не надо вывозить из районов, 97 — за пределы межрайонного центра, и только 3 процентам необходимо попасть на третий уровень — это дети, нуждающиеся в хирургических вмешательствах; спинальная травма, с которой пациента бессмысленно везти в районную больницу, в межрайонный центр, потому что нужен спинальный хирург, квоты, транспедикулярные конструкции, круглосуточная нейрореанимация. Поэтому если говорить сейчас о проблемах хирургии, то это структурирование нашей работы на территории Российской Федерации, чтобы в первые сутки каждый экстренный больной оказался там, где ему может быть оказана исчерпывающая помощь. Вот задача. А добиться этого непросто, потому что пока мы не сформируем в каждом субъекте РФ медицинские округа, не объединим все станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи в единые центры, что бы мы ни говорили, всех пациентов все равно повезут в ближайший стационар.

Городские станции скорой медицинской помощи сейчас обслуживают только свой город. А надо создавать центр на весь субъект, чтобы единая диспетчерская видела все, что происходит во всей области, и все машины в ее ведении административно подчинялись этой центральной станции и имели лицензию на передвижение по всей области, и не только в рамках своего района. И когда мы сможем это осуществить, нужно будет разбирать каждый случай перегоспитализации, выясняя, что же нам мешало сразу отвезти больного сразу туда, куда было нужно, чтобы мы не теряли время, чтобы помощь была эффективной. На самом деле это определяет уровень нашей с вами медицинской безопасности проживания в любой точке РФ. В 1990-х годах у всех иностранцев, которые приезжали в Петербург, в страховке было написано, что ближайший центр оказания экстренной помощи находится в Хельсинки. Этот архаизм мы давно преодолели в городах. Теперь время пришло распространить современную систему на всю территорию РФ.

Систему надо выстраивать ради безопасной жизни россиян, возможности получения ими качественной квалифицированной помощи, прежде всего хирургической, доступной в равной степени и жителю крупного города, и в сельской местности за его пределами, а не делить стандарты, протоколы на хирургию для центра и хирургию для периферии.

И сейчас наш Университет определен как головной по этой проблеме в стране, и мы это делаем. И ключевой инструмент здесь — это, прежде всего, наш Научно-исследовательский институт хирургии и неотложной

медицины, который является экспериментальной площадкой для отработки этих технологий, в том числе умного приемного отделения, правил маршрутизации, разработки национальных клинических рекомендаций для лечения конкретных нозологических форм. Сейчас мы сделали их по острому панкреатиту, по сочетанной травме, по сепсису, будем делать по осложненным формам желчнокаменной болезни и так далее.

Поэтому, конечно, проблемы в хирургии есть, но мы знаем, как их решать. Просто надо настойчиво убеждать и продвигать современную систему организации хирургической помощи, единую для всей страны, а не фрагментированную по районам.

**Что самое главное в работе хирурга?
Какими качествами он должен
обладать?**

Самое главное в профессии любого врача — это умная голова и доброе сердце. Когда мы выбираем студентов, которые будут учиться, то первые два года проверяем их на ум, волю и сообразительность. Они должны освоить химию, математику и так далее. Мы смотрим, достаточно ли они были подготовлены в школе и способны ли дальше трудиться и осваивать знания. Потому что профессия врача связана с постоянной учебой. И если человек не демонстрирует здесь своих способностей, ему не место в медицине. Потом начинается третий год, и мы пускаем тех, кто остался, в клинику — на сегодняшний день пока только 75 процентов. А дальше? У меня всегда был такой тест — с группой студентов мы заходим в реанимацию и стоим у постели больного, он может быть даже без сознания или на искусственной вентиляции. А у него торчит нога, не укрыта стопа. И я смотрю на тех, кто инстинктивно эту ногу прикроет. Вот это клиницист. То есть он независимо от человека сам воспринимает его дискомфорт, его боль как личную. Но медицина такая, что там есть место всем, в том числе, допустим, IT-специалистам — современная лучевая диагностика связана с построением 3D-реконструкций, с дополненной реальностью и так далее.

Ты можешь не быть лечащим врачом, но станешь шикарным интеллектуалом, который окажет помощь в постановке правильного диагноза, чтобы хирург, допустим, определил оптимальный подход к тому месту, где необходимо вмешательство. Есть лабораторная, молекулярно-генетическая диагностика, биоинформатика. Поэтому медицина — это мир, там есть место практически всем, включая журналистов, артистов и так далее. Посмотрите на Александра Розенбаума, Александра Калягина или Михаила Галустяна, Гарика Мартиросяна. И вопрос состоит в том, чтобы они, умные и интеллигентные, обязательно стремились учиться в нашем Университете. Дальше среди них кто-то, как мотылек на свечку, прилетит в хирургию, кто-то — в нейрохирургию, в гинекологию, некоторые — в патологическую анатомию, морфологию и так далее. Это вопрос уже личного выбора. Но, с другой стороны, конечно, учителя наблюдают за каждым и смотрят не только за тем, насколько студент соответствует выбранному направлению, но и обладает ли он нужными для него качествами. Допустим, нередко бывает, что девушки стремятся в хирургию или травматологию. Это тяжелая ситуация, потому что обычно то, что называется ломовой хирургией — травматология, особенно экстренная — рано или поздно оборачивается конфликтом с необходимостью девушке создавать семью. А в работе потребуется полная самоотдача в течение всей жизни. Да, есть прекрасные женщины-хирурги, например Нина Николаевна Артемьева, Татьяна Вильгельмовна Шаак. Но у них, как правило, не бывает детей или возникает непонимание в семье. Поэтому если девушка рвется в хирургию, у меня всегда есть желание помочь ей найти какую-то более узкую, но не самую тяжелую специализацию. Если мы видим, что человек знает, чего хочет, и готов этому отдать жизнь, мы ему помогаем. Это его выбор, стезя и судьба. Хирург — это, прежде всего, образ жизни. Это значит, что мыслями ты все время с больным, ты его взял за руку и ведешь, пока он не прошел все опасности на этом пути от момента постановки диагноза до выписки и последующего наблюдения и сопровождения. Если это соответствует его способностям и желанию, то мы его всегда будем ждать в хирургии.

Но я должен сказать, что здесь и еще есть проблема. Хирургия, травматология, нейрохирургия, гинекология, оториноларингология, пластическая хирургия – это все специальности, которые сопряжены с жалобами и недовольством, так как связаны с большими рисками для здоровья и жизни больного. Анестезиолог-реаниматолог практически в ручном режиме поддерживает жизненно важные функции пациента. Поэтому, приходя сюда, с одной стороны, человек должен осознанно понимать, что у него могут быть большие риски конфликта с законом. И он должен быть архиобязательным, архивнимательным, архиосторожным и архикомпетентным. А с другой стороны, мы прекрасно понимаем, что это все равно не позволит избежать всех осложнений, недовольства родственников больного. Здесь у нас есть большая проблема в хирургии и в системе здравоохранения в стране в том, что осложнения и конфликты рассматриваются под криминальным углом. И, по сути дела, врач должен доказать, что он не имел дурного умысла, на него как бы перестает действовать презумпция невиновности, потому что есть жалоба. Здесь нам все-таки предстоит декриминализировать эту сферу. Мир пошел по пути того, что вначале все должно разбираться в профессиональном сообществе, которое должно решать, передавать ли это в правоохранительные органы. То есть должны функционировать третейские суды и досудебные решения, разбор каждого случая. Но это потребует того, чтобы профессиональное сообщество было наделено соответствующими полномочиями формирования третейских судов страхования профессиональной ответственности. Допустим, я как ректор, который должен принять на работу кандидата, и сегодня боюсь специалиста, который не является членом своей ассоциации – хирургов, терапевтов, кардиологов – или не член профсоюза. Для меня это красная лампочка. А на самом деле это должно быть законодательно закреплено: если человек не



является членом своего профессионального сообщества, значит, он не хочет на себя брать обязательства — исполнение протоколов, стандартов, клинических рекомендаций, правил повышения квалификации и так далее. А если у участника сообщества возникает проблема, организация должна посмотреть, выполнил ли он все требования; и если оно так, то профессиональное сообщество становится на его защиту. А если нет, то пусть разбирается сам. И вот тогда может наступать криминальная ответственность вплоть до уголовной. А если этого факта не было, то это не должно передаваться в суд, в следственный комитет, поскольку это сфера нормального функционирования в медицине. В ней всегда будут смерти, осложнения, неблагоприятные исходы. Но было ли предпринято все для того, чтобы это учесть, или нет? Вот это решает профессиональное сообщество, коллегия, третейский суд. И каждый специалист должен быть застрахован.

На сегодняшний день мы, с одной стороны, понимаем, что хирурги, те, которые занимаются инвазивными вмешательствами — должны быть самыми ответственными и компетентными. А с другой, мы видим снижение их мотивации при отсутствии должной защиты. Во всем мире таким специалистам хорошо платят за риски, а если этой зарплаты нет и есть угроза уголовного преследования, то туда никто не хочет идти, все захотят быть косметологами. Вот в чем проблема. Поэтому хирургов сегодня надо защищать, набирать умных студентов и беречь их. Тогда все мы будем иметь хорошую, доступную, качественную медицинскую и хирургическую помощь.

Что самое главное во взаимоотношениях в хирургическом коллективе?

Самое главное — доверие, тонкое понимание друг друга. Необходимо чувство общей цели. Все должны понимать, что главный у нас — больной, мы работаем на него. И важно не самоутвердиться, а сделать ему хорошо. Мы должны сосредоточиться на том, что нужно пациенту. С другой стороны, я понимаю, что это чувство взаимного локтя и осознание того, что мы работаем на единый общий результат, сродни симфоническому оркестру или футбольной, волейбольной команде, или экипажу самолета, подводной лодки. В отделении все приблизительно так.

Но при этом еще нужно понимать — мы должны друг другу доверять полностью, потому как рискуем не только тем, что работа будет некрасиво исполнена или проиграем спортивную игру. Должно быть понимание ответственности за жизнь человека. И при этом мы должны каждый раз делать так, как бы хотели, чтобы поступили с нами, так относиться к родственникам, к детям или родителям пациента. Взаимоотношения здесь выстраиваются не только с самим больным, но и со всей его семьей, и они должны быть союзниками. Мы вместе должны выиграть битву за жизнь этого человека и за его здоровье. В этой команде и нянечка, и медсестра, и сестра-хозяйка, и ординаторы, и заведующий, и руководитель...

Я прошел много клиник по жизни — и военных госпиталей, медсанбатов, городских больниц, Военно-медицинскую академию, НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. И в академии, конечно, очень сильные традиции, но хочу сказать, что в нашем Университете они просто исключительные. Это доброжелательное, уважительное, мягкое отношение к больному, к его родственникам; даже к человеку, который просто зашел на территорию Первого меда. Причем явно, что сотрудники, поддерживая такой стиль, получают удовольствие. Это самое главное. Потому что, исходя из этого, годами происходит селекция. Тот, кто не выдерживает такой стиль, отторгается и вынужден уйти. Но вот эта критическая масса добрых людей в Университете, но при этом еще умных и компетентных, создает свою уникальную доброжелательную атмосферу.

Поэтому Первый мед — город здоровья, отзывчивости, интеллигентности, и мы все этому стараемся осознанно или неосознанно соответствовать.



Николай Антонович Яицкий

Почетный президент НИИ хирургии и неотложной медицины

Заведующий кафедрой хирургии госпитальной № 1 с клиникой

Доктор медицинских наук, академик РАН, профессор

Расскажите, пожалуйста, о традициях хирургической школы в нашем Университете, ее приоритетных направлениях.

Наша хирургическая школа уже имеет свою историю, в свои годы ее возглавлял академик Федор Григорьевич Углов — пионер хирургии легких, автор нескольких методик пластики в кардиососудистой хирургии, бессменный лидер среди отечественных и зарубежных хирургов, занимающихся разработкой и совершенствованием оперативных вмешательств при раке и нагноительных заболеваниях легких, заболеваниях средостения и пищевода, портальной гипертензии, врожденных и приобретенных пороках сердца, слипчивом перикардите, окклюзионных поражениях сонных артерий и аневризме аорты. После академика И. И. Джанелидзе он стал заведующим кафедрой госпитальной хирургии 1 ЛМИ, и по его инициативе в 1967 году построен новый хирургический корпус, где был открыт первый в стране Всесоюзный научно-исследовательский институт пульмонологии, директором которого он стал. Николай Васильевич Путов был следующим директором ВНИИ пульмонологии и заведующим кафедрой госпитальной хирургии, под руководством которого выполнены первые в стране трансплантации легких и трахеи, начаты операции уменьшения объема легких при крупнобуллезной и диффузной эмфиземах, хирургические вмешательства на трахее и крупных бронхах. Уже после них как один из сотрудников кафедру принял я и по сей день имею честь ей заведовать.

Как, с Вашей точки зрения, действует передача опыта между старой и новой хирургическими школами?

В 1 Ленинградском медицинском институте были выделены и получили широкое развитие сердечно-сосудистая, абдоминальная, общая хирургия. Аспект специальностей, различных специализаций создавался постепенно, поэтапно и фактически охватил все области современной хирургии.

Сегодня на кафедрах Университета, в том числе на кафедре хирургии госпитальной № 1, преподаются все разделы по нашей специальности. С каждым годом мы совершенствуемся, усиливаемся и таким образом в настоящее время являемся одним из ведущих подразделений в составе Научно-исследовательского института хирургии.

С какими сложностями пришлось столкнуться при создании института?

Научно-исследовательский институт хирургии создавал академик Сергей Федорович Багненко. Став ректором Университета и придя с опытом руководства Научно-исследовательским институтом скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, он в дальнейшем совершенствовал структуру нашего института и способствовал его достижениям. И, конечно, я был свидетелем трудностей, которые происходили при создании этого института.

Но все получилось, и, к нашему огромному удовлетворению, мы сегодня есть и на очень хорошем счету.

Какие хирургические направления представляются Вам наиболее перспективными для развития?

У нас существует стационарное отделение скорой медицинской помощи, и оно имеет достаточно большое преимущество, потому что людей, нуждающихся в неотложной госпитализации, большое количество. Институт это осуществляет с довольно надежным успехом. Наш опыт довольно широко известен, и все им удовлетворены.

Сотрудники кафедры
госпитальной
хирургии № 1.
1993 год



На операции
в 1 ЛМИ, слева –
профессор Ф. Г. Углов,
справа – доцент
В. А. Соловьев.
1977 год



Что бы Вы могли посоветовать молодым врачам, которые не мыслят жизни вне хирургии?

Ну, во-первых, он должен быть честным, во-вторых — порядочным человеком. И третье, что не менее важно — это должен быть образованный специалист, особенно в разделе хирургии. Естественно, еще необходимо быть и педагогом. Если все перечисленные качества имеют место, это то, что надо хирургу.

Какими чертами характера должен обладать человек, который выбирает профессию хирурга?

Честность и порядочность. Другое сложно назвать. Это касается и взаимоотношений с коллегами, и создания новых вариантов и разделов в хирургии, взаимного сотрудничества. Все это черты, которые присущи руководителю.

Что Вы считаете главным во взаимоотношении с коллегами, с учениками?

Во-первых, правильно определить свою специальность. Потому что их разнообразие мне сегодня трудно даже перечислить — каких только врачей у нас нет. Но так как мы говорим о хирургии, то тот, кто для себя избрал ее по жизни, должен осознавать, что это очень трудная, сложная, но и вместе с тем имеющая огромное воспитательное значение деятельность. Могу сказать, что те, кто избрал хирургию, поступили правильно. От своей работы я получаю огромное удовольствие в течение своей жизни и горжусь этим!

Открытие НИИ ДОГиТ. Слева направо: профессор Б.В.Афанасьев; ректор СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова академик РАМН, профессор Н.А.Яицкий; советский и российский государственный, политический, партийный и общественный деятель последний Генеральный секретарь ЦК КПСС М.С.Горбачев. 2007 год





Кого Вы можете назвать своими учителями?

Учителя — это люди, остающиеся на всю жизнь. Моим первым наставником был ассистент Василий Матвеевич Лещенко в Донецке при работе на кафедре. Это был короткий период, а потом я оказался в Ленинграде, Санкт-Петербурге, и уже непосредственным учителем и в институте, и на кафедре в 1 ЛМИ был Андрей Михайлович Ганичкин — известный ученый, педагог, который и дал мне возможность стать полноценным хирургом.

Что самое сложное в профессии хирурга?

По-моему, в хирургии все непросто. Любая операция — это риск со всеми вытекающими последствиями. Как правило, мы спасаем больных людей, проводим им соответствующие оперативные вмешательства с надеждой и уверенностью в том, что у них все будет хорошо. Это важно.

Научно-клинический центр анестезиологии и реаниматологии

Научный и клинический центры анестезиологии и реаниматологии были сформированы в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в 2013 году для координации лечебно-диагностической деятельности отделений анестезиологии-реанимации (ОАР), реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и повышения эффективности оказания анестезиолого-реаниматологической помощи пациентам (решение Ученого совета № 11 от 24 июня 2013 года, приказ ректора № 505 от 2 августа 2013 года). В 2018 году они были объединены в Научно-клинический центр анестезиологии и реаниматологии (НКЦ АиР). Руководство центром было поручено академику РАН, профессору Ю. С. Полушину, который заведовал кафедрой анестезиологии и реаниматологии. Это позволило объединить деятельность кафедры и НКЦ и сформировать единый, хотя и нештатный, учебно-научно-клинический комплекс.

Появление такого подразделения, в котором образование, наука и практика представлены в едином блоке, позитивно сказалось как на качестве подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала, так и в целом на системе оказания анестезиолого-реаниматологической помощи в клинике Университета.

Изначально в состав центра были включены практически все подразделения анестезиолого-реаниматологического профиля, имевшиеся в Университете (всего 21). В результате постепенных преобразований к 2021 году они были трансформированы в восемь крупных, оснащенных современным оборудованием отделений, нацеленных на решение конкретных задач, связанных с лечебной деятельностью подразделений не только хирургического, но и терапевтического профилей. Важным решением, способствовавшим реализации на практике новых организационных подходов применительно как к анестезиологической помощи,

так и к интенсивной терапии различным категориям больных, явилось введение должностей заместителя руководителя НКЦ по лечебной работе, а также старшей медицинской сестры центра. Обязанности заместителя стала исполнять профессор И. В. Шлык, одновременно являвшаяся заместителем главного врача клиники Университета по анестезиологии-реанимации, а старшей медицинской сестры — С. В. Семенова.

Формирование вместо разрозненных коллективов единой команды из врачебного, среднего и младшего медицинского персонала позволило выработать единую идеологию работы, оперативно решать кадровые проблемы, оптимизировать материально-техническое обеспечение, а в результате — увеличить пропускную способность операционных и отделений реанимации без ущерба для качества оказываемой помощи при той же численности работающего персонала. В период пандемии SARS-CoV-2, несмотря на сложные условия работы, коллектив центра обеспечил оказание помощи наиболее тяжелому контингенту больных COVID-19, параллельно способствовал выполнению планового государственного задания, установленного для НИИ хирургии и неотложной медицины, а также оказывал методическую помощь другим учреждениям. В частности, представители НКЦ во главе с Е. Г. Гавриловой в 2020 году были направлены в г. Рамалла (Палестина), чтобы оказать зарубежным коллегам содействие в организации медицинской помощи пациентам с COVID-19. Для этих же целей по просьбе Министерства здравоохранения Южной Осетии в г. Цхинвал была командирована группа во главе с заведующим ОАР № 2 А. А. Хряпой. За вклад в борьбу с новой коронавирусной инфекцией сотрудники НКЦ анестезиологии и реаниматологии были награждены государственными наградами. Руководитель НКЦ ПСПбГМУ академик РАН, профессор Ю. С. Полушин и заместитель руководителя НКЦ профессор И. В. Шлык — орденом Пирогова, главный научный сотрудник НКЦ профессор К. Н. Храпов — Почетной грамотой Президента РФ. Знаком отличия «За доблесть в спасении» награждена заведующая ОРИТ доцент Е. Г. Гаврилова.

Сотрудники центра постоянно привлекаются к решению и других медицинских задач, которые перед

Университетом ставит Минздрав России, в том числе связанных со специальной военной операцией.

Внедрение и рациональное использование новых технологий диктует необходимость дальнейшего совершенствования логистики работы, дифференциации возможностей отделений реанимации с учетом специфики потока больных и решаемых ими задач с делением оказываемой помощи на уровни, отличающиеся объемом и содержанием, но объединенных единой методологией и идеологией работы. С учетом этих обстоятельств происходило формирование структуры НКЦ.

Отделение анестезиологии-реанимации № 1 НКЦ (ОАР № 1) расположено в корпусе вместе с кафедрой общей хирургии. История отделения ведется с 1979 года, когда оно было создано в составе клиники общей хирургии. В 1995 году его объединили с имевшимся реанимационным отделением (ОРИТ появилось в клинике тоже в 1979 году). Руководить отделением стала кандидат медицинских наук М. В. Прокофьева, которая в последующем передала его О. В. Панютиной. Сотрудники одними из первых в городе начали осваивать комбинированную эпидуральную и спинальную анестезии, анестезиологическое обеспечение при лапароскопических вмешательствах. После вхождения отделения в состав центра (2013) его возглавил ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии, врач анестезиолог-реаниматолог И. Г. Буханков, старшей медицинской сестрой была назначена Н. В. Райкова. В 2018 году в состав отделения введены группы анестезиологии-реанимации клиник ЧЛХ и ЛОР-болезней. В 2019 году корпус № 9 был соединен переходом с поликлиникой № 31, и на него было возложено анестезиологическое обеспечение работы располагающегося в ней эндоскопического отделения. Интенсивность работы еще более возросла после организации при кафедре общей хирургии Центра амбулаторной хирургии.

В настоящее время профиль работы отделения определяется необходимостью оказания помощи пациентам хирургического профиля в госпитальных условиях и в обстановке амбулаторной хирургии при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эндокринных органов, при острых и хронических заболеваниях вен, ЛОР-органов, в челюстно-лицевой хирургии.

Сотрудники также проводят анестезию при эндоскопических вмешательствах. Активно применяются методы катетеризации сосудов и проводниковой анестезии с ультразвуковой навигацией, разрабатываются методы комплексной оценки легких и плевральных полостей с помощью ультразвука у пациентов в различных состояниях.

Анестезия проводится на организованных рабочих местах при девяти операционных столах. После капитального ремонта в 2020 году открыта и функционирует полностью укомплектованная оборудованием, в том числе диагностическим, палата на семь реанимационных коек со специально выделенной боксированной палатой для инфекционных больных. Имеется централизованная кислородная, воздушная и вакуумная подвода, операционные обеспечены подачей углекислого газа. Оснащение отделения включает современные наркозно-дыхательные аппараты, аппараты для проведения ИВЛ и респираторной поддержки, следящую аппаратуру для интраоперационного мониторинга и послеоперационного наблюдения за больными с различной степенью тяжести состояния, дефибрилляторы, наборы для интубации трахеи, дозаторы лекарственных веществ и приборы точной инфузионной терапии (инфузоры), передвижные приборы для ультразвуковой диагностики. Полностью доступен круглосуточный лабораторный контроль ведения пациентов, включая исследования газового состава и кислотно-основного состояния крови. Сотрудники отделения за год в среднем проводят более 4 тысяч анестезий, в том числе с использованием искусственной вентиляции легких; через палату реанимации и интенсивной терапии проходит более тысячи пациентов различного профиля. В отделении работает 34 высококвалифицированных сотрудника: 15 врачей анестезиологов-реаниматологов, 16 медицинских сестер-анестезистов, три палатные медицинские сестры. Заведующий отделением ОАР № 1 И. Г. Буханков одновременно заведует оперблоком № 3.

Отделение анестезиологии-реанимации № 2 (ОАР № 2) было образовано в 2016 году путем слияния двух отделений анестезиологии-реанимации факультетской и госпитальной университетских клиник при их вхождении в состав НИИ хирургии и неотложной медицины. Обе структуры появились в этих клиниках в 1967–1968 годах. Отделением анестезиологии клиники госпитальной хирургии № 1 руководила Т. К. Шендера, а с 1997-го — А. Т. Иванов. Отделением в клинике факультетской хирургии заведовали Л. П. Мшинская, В. А. Ковалев, Н. С. Кузьмина, А. В. Осипов. С 2012 года на должность заведующего был назначен А. А. Хряпа, старшими медицинскими сестрами стали Л. В. Костевич и М. Л. Васильева.

В настоящий момент подразделение обеспечивает работу врачей анестезиологов-реаниматологов в корпусах №№ 44 и 38 на 16 операционных столах, в трех рентгенохирургических операционных, в двух операционных отделениях эндоскопии, а также в палате пробуждения на шесть коек. Сегодня это одно из самых крупных отделений НКЦ. В штате отделения состоят 64 сотрудника: 26 врачей анестезиологов-реаниматологов, 32 медицинские сестры-анестезиста, шесть палатных медицинских сестер.

В ОАР № 2 обеспечивается проведение всех видов общей и местной анестезии при различных оперативных вмешательствах, диагностических и лечебных



процедурах в кардиохирургии, сосудистой хирургии, в том числе при различных эндоваскулярных вмешательствах, в торакальной хирургии, абдоминальной хирургии, онкологии, нейрохирургии, трансплантологии, травматологии и ортопедии, бариатрии и так далее.

В год сотрудниками отделения выполняется около 13 тысяч анестезий, более половины из которых составляют общая комбинированная или сочетанная анестезия с проведением ИВЛ.

Ежегодно проводится около 400 общих анестезий при кардиохирургических вмешательствах, в том числе около 250 анестезий при операциях с использованием искусственного кровообращения.

Кроме того, сотрудниками отделения освоена и выполняется имплантация и проведение веновенозной и веноартериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО), рутинно обеспечивается внутриаортальная баллонная контрпульсация.

Создание мощной материально-технической базы отделения и всего НКЦ анестезиологии и реаниматологии позволило возобновить программу по трансплантации легких. Отделение оснащено самой современ-

ной техникой: наркозно-дыхательными аппаратами с автоматической подачей газовой смеси, аппаратами для высокочастотной вентиляции легких, мониторами пациентов с расширенными возможностями инвазивного мониторинга, УЗИ-аппаратами с функцией проведения чреспищеводной ЭХОКГ, системами конвекционного обогрева пациентов, Cell-сейнерами и другим современным оборудованием. В работе подразделения постоянно используются такие современные технологии, как интраоперационное кровосбережение с возможностью безопасной реинфузии крови, видеоларингоскопия, в том числе с возможностью внутрипросветной эндоскопии, эндокардиальная стимуляция.

Все сотрудники вовлечены в образовательный процесс, отделение является одной из основных научных и образовательных баз кафедры анестезиологии и реаниматологии ПСПбГМУ. Научный куратор — главный научный сотрудник НКЦ профессор К. Н. Храпов.

Отделение анестезиологии-реанимации № 4 (ОАР № 4). В 1987 году первых пациентов принял новый нефрологический корпус 1 ЛМИ, позже переименованный в корпус № 54 ПСПбГМУ. В нем расположились терапевтические отделения клиники пропедевтики внутренних болезней, клинические подразделения кафедры урологии. Для оказания плановой и экстренной анестезиолого-реанимационной помощи были организованы отделение реанимации и интенсивной тера-

пии и отделение анестезиологии. Заведующими отделением реанимации и интенсивной терапии в разные периоды были А. М. Хорьков, В. И. Козлов, Ю. А. Воробьев, И. В. Бовкун, а отделением анестезиологии поочередно заведовали В. А. Красногоров, А. Ф. Цай. В отделении анестезиологии работали будущий профессор кафедры анестезиологии и реанимации Н. А. Боровских и один из заведующих кафедрой В. А. Волчков. Н. А. Боровских продолжает курировать службу анестезиологии-реаниматологии корпуса № 54.

Одним из основных научных направлений деятельности кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней являлось лечение пациентов с патологией почек, почечной недостаточностью. В связи с этим с начала 1990-х годов на базе отделения реанимации был создан блок детоксикации для проведения экстракорпоральной гемокоррекции пациентам с острым повреждением почек. В связи с дальнейшим развитием в Университете направления по лечению пациентов с почечной патологией было открыто отделение пересадки почки, в котором предусматривались не только операционный блок, но и группа анестезиологии-реанимации с палатой реанимации и интенсивной терапии на три койки. После организации НКЦ анестезиологии и реаниматологии в него вошли сначала ОАР и ОРИТ, а в 2015 году — группа с палатой реанимации и интенсивной терапии. В 2017 году они были объединены в отделение анестезиологии-реанимации (№ 7), которое сначала возглавил ассистент кафедры М. Ю. Шиганов, а затем — врач анестезиолог-реаниматолог К. А. Домиенко, старшей медицинской сестрой была назначена Я. М. Крихели. В 2019 году отделение приобрело свое нынешнее название — отделение анестезиологии и реанимации № 4. Блок детоксикации в 2017 году трансформирован в отделение реанимации и интенсивной терапии № 4 для экстренной детоксикации под руководством врача анестезиолога-реаниматолога И. В. Бовкуна.

В связи с ростом оперативной активности потребовалась четкая координация работы операционного блока и службы анестезиологии-реанимации. Для решения этой задачи заведующему ОАР № 4 К. А. Домиенко было поручено исполнять и должность заведующего операционным блоком корпуса № 54. Профиль работы ОАР № 4 — ведение пациентов при обширных травматических хирургических вмешательствах, в том числе урологических, пластических, операциях на молочных железах, проведение интенсивной терапии после трансплантации солидных органов (почка, печень), оказание экстренной помощи пациентам общетерапевтического, кардиологического, нефрологического, онкологического и других профилей в клинических подразделениях корпуса № 54. Сотрудники отделения работают в операционном блоке, имеющем в своем составе восемь операционных. Развернуто семь реанимационных коек, которые оснащены всей необходимой аппаратурой. На базе отделения реализуется программа FAST TRACK хирургии с ранней реабилитацией пациентов. Штатный состав отделения насчитывает

36 сотрудников: из них 10 врачей, 22 медсестры-анестезиста и палатные медсестры, три младшие медицинские сестры и сестра-хозяйка. За год в среднем сотрудники отделения проводят около 4 300 анестезий, через койки палаты реанимации и интенсивной терапии проходит около 600 пациентов.

Отделение анестезиологии-реанимации № 5 (ОАР № 5) было изначально организовано в составе клиники акушерства и гинекологии в 1980 году. В 1994 году в его состав был введен пост интенсивной терапии с соответствующим расширением штата для наблюдения и лечения пациенток с тяжелой акушерской патологией. Серьезная реорганизация отделения произошла в 2008 году: осуществлен переезд в специально отведенные помещения в клинике акушерства и гинекологии, была открыта палата реанимационного профиля на шесть коек, появилась современная наркозно-дыхательная и следящая аппаратура. Отделением заведовали такие опытные врачи, как Е. И. Сысоева, В. А. Каплин, В. В. Зуев, С. Г. Мещанинова. Врачи постоянно совершенствовали методы анестезиологического обеспечения и обезболивания родов. Были разработаны внутренние алгоритмы и протоколы оказания анестезиолого-реанимационной помощи при неотложных акушерских состояниях: кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдроме. С 2013 года в связи с образованием НКЦ отделение вошло в его состав как ОАР № 5. В 2017 году заведующим был назначен А. В. Трофимов, а старшей медицинской сестрой продолжила работать В. И. Грозная с огромным практическим опытом. Сотрудники отделения проводят регионарную и общую анестезию при различных гинекологических и акушерских вмешательствах на четырех операционных столах, в пяти родильных залах с малой операционной.

Учитывая профиль клиники акушерства и гинекологии (оказание помощи беременным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями), основная особенность работы отделения ОАР № 5 — анестезиологическое сопровождение родов у рожениц с различной акушерской (тяжелые гестозы) и неакушерской патологией (общехирургической, терапевтической, нейрохирургической, неврологической). В отделении работают 17 высококвалифицированных сотрудников: пять врачей анестезиологов-реаниматологов, семь медицинских сестер-анестезистов и четыре палатные медицинские сестры, сестра-хозяйка. В среднем, за год выполняется около 2,5 тысяч анестезий. Благодаря слаженной работе врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов в стенах клиники акушерства и гинекологии на свет ежегодно появляется около тысячи новорожденных. Через палату реанимации и интенсивной терапии проходит 800–850 (450) пациенток.

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (ОРИТ № 1) изначально было создано в 1968 году в построенном новом корпусе клиники госпитальной хирургии. Оно сразу стало клинической базой не только хирургической кафедры, но и организованного

впервые в стране ВНИИ пульмонологии МЗ СССР. Научным руководителем службы анестезиологии-реанимации был назначен В. И. Страшнов — в последующем первый заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии. До этого с 1961 года Виктор Иванович был первым официальным заведующим отделением анестезиологии в клинике госпитальной хирургии. Отделение быстро приобрело статус центра по лечению дыхательной недостаточности различной этиологии (в том числе послеоперационной), ведению вентилятор-зависимых пациентов и оказанию консультативной помощи другим учреждениям. Особое место уделялось разработке принципов ведения больных после торакальных операций, профилактике и лечению постперфузионных легочных осложнений при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения, интенсивной терапии после реконструктивных операций на желчных протоках и поджелудочной железе, вопросам послеоперационного обезболивания. В разное время заведующими были М. К. Учваткина, С. М. Черный, А. Н. Юхно, А. В. Нефедов, М. Г. Ковалев, В. Ф. Ли. В 2013 году отделение вошло в состав НКЦ. С 2014 года им стал заведовать ассистент кафедры А. А. Афанасьев, старшей медицинской сестрой была назначена Б. А. Уланова. В отделении работают шесть высококвалифицированных врачей анестезиологов-

реаниматологов, двое из них — кандидаты медицинских наук.

Реорганизация системы экстренной хирургической помощи в клинике Университета в связи с образованием НИИ хирургии и неотложной медицины включала в себя формирование современного стационарного отделения скорой медицинской помощи (СОСМП) в корпусе № 44. Также был построен переход между корпусами №№ 44 и 38, 37 и НИИ ДОиГ им. Р. М. Горбачевой. Решаемые отделением задачи были изменены, оно было переориентировано на интенсивное лечение больных, поступающих в клинику по скорой помощи, а также на ведение пациентов с осложненным послеоперационным течением, в том числе сепсисом и хроническим критическим состоянием. В среднем, ежегодно в ОРИТ № 1 оказывается высокоспециализированная помощь 700 пациентам, большинство из которых требуют длительной терапии и реабилитации в условиях реанимационного отделения.

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 2 (ОРИТ № 2) создано в 1972 году в клинике факультетской хирургии. Долгое время его возглавляла одна из старейших сотрудниц Университета Л. С. Александрова. Реконструкция отделения с выделением отдельных блоков-палат реанимации и интенсивной терапии проведена в 2006 году. В 2013 году отделение вошло



в состав НКЦ. ОРИТ № 2 с 2015 года заведует доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии кандидат медицинских наук Е. Г. Гаврилова, старшей медицинской сестрой является Р. Т. Туриева. Профиль работы ОРИТ № 2 очень широк — здесь оказывается круглосуточная высокотехнологичная реанимационная помощь пациентам после операций на головном мозге, сердце, сосудах, легких, органах брюшной полости, включая онкологический профиль, травматологических вмешательств, а также после трансплантации легких.

Помощь в отделении рассчитана на ее оказание на 18 реанимационных койках, которые оснащены самой современной аппаратурой, предназначенной для поддержания и замещения различных функций организма. Штатный состав отделения насчитывает 30 сотрудников. За год, в среднем, реанимационная помощь оказывается примерно 2300 больным хирургического и терапевтического профилей. Из них после кардиохирургических операций — 400, в том числе с использованием искусственного кровообращения — 250 больным.

Отделение реанимации и интенсивной терапии для экстренной детоксикации (ОРИТ № 4). Основной предпосылкой и необходимостью создания специального отделения реанимации и интенсивной терапии для экстренной детоксикации стал рост числа пациентов с высоким риском развития острого повреждения почек или хронической болезнью почек, поступающих для планового или экстренного хирургического лечения; расширение и увеличение объемов оказания хирургической помощи онкологическим больным с приобретенными иммунодефицитными состояниями. Кроме того, в хирургических отделениях Университета стали концентрироваться больные с хронической болезнью

почек, хирургическая помощь которым в других стационарах города и страны по этой причине ограничена.

Отделение было сформировано в 2017 году Его заведующим стал И. В. Бовкун, имевший к этому времени большой клинический стаж и опыт работы в области проведения различных методов экстракорпоральной гемокоррекции. Старшей медицинской сестрой была назначена В. П. Тимохина. Для размещения сотрудников и полноценного функционирования отделения ему были переданы помещения корпуса № 54 блока детоксикации ОАР № 4. Блок детоксикации изначально был организован в Нефрокорпусе СПбГМУ в 1990-х годах и являлся де-факто межклиническим подразделением, выполнявшим операции экстракорпоральной гемокоррекции, детоксикации и фототерапии пациентам не только в Нефрокорпусе, но и в других клинических подразделениях Университета. Эти направления терапии выполнялись совместно с другим межклиническим подразделением — отделением гравитационной хирургии крови, которое существовало в Университете более 20 лет еще до организации ОРИТ № 4 и которым на всем протяжении его существования руководил известный ученый и клиницист профессор В. А. Воинов. В 2021 году отделение гравитационной хирургии крови было объединено с ОРИТ № 4, а для координации клинической и научной работы в этом направлении была сформирована научная группа экстракорпоральной детоксикации, которую возглавил профессор Е. В. Паршин. Силами отделения ежегодно выполняется около 1 200 различных операций экстракорпоральной гемокоррекции.

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 5 (ОРИТ № 5) открыто 3 марта 1973 года при кафедре факультетской терапии с клиникой. В конце 1980-х годов



оно получило статус межклинического подразделения. С 2013 года входит в состав НКЦ. Первым его заведующим был М. Н. Петров, после него отделение возглавил Л. В. Сафронников. С 1981 по 2018 год им руководил заслуженный врач РФ В. Н. Вершинин. В 2018 году на должность заведующего отделением назначен ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии Л. М. Калмансон. Старшей медицинской сестрой более 40 лет (с 1978 по 2020 год) являлась одна из старейших сотрудниц Университета Л. Д. Еремченко. После ее ухода на заслуженный отдых на эту должность была назначена Т. А. Пихнова. На базе отделения работали: профессор Е. В. Шляхто, ныне — академик РАН генеральный директор НМИЦ им. В. А. Алмазова; профессор М. Ю. Ситникова, ныне — руководитель научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности, ведущий научный сотрудник лаборатории высокотехнологичных методов лечения сердечной недостаточности, профессор кафедры внутренних болезней Института медицинского образования НМИЦ им. В. А. Алмазова. Среди сотрудников отделения был ставший впоследствии заведующим клиническим отделом патологии сердца и сосудов Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины заслуженный врач России, профессор В. Н. Херманов.

В отделении развернуто семь реанимационных коек. В штате — пять врачей анестезиологов-реаниматологов, 10 медицинских палатных сестер, сестра-хозяйка. Среднее количество пролеченных больных в год — около 350 человек. Кроме приема пациентов, поступающих в экстренном порядке с острым коронарным синдромом, декомпенсированной сердечной недостаточностью, проявлениями дыхательной недостаточности различной этиологии, сотрудники осуществляют консультативную помощь в клиниках Университета, принимают пациентов в критическом состоянии из отделений кардиологии, пульмонологии, терапии, гематологии, неврологии, эндокринологии и других подразделений клиник.

При НКЦ организован штатный кабинет кардиореспираторного лабораторного нагрузочного тестирования для оценки функциональной операбельности больных хирургического профиля (принимает врач анестезиолог-реаниматолог, доцент кафедры З. А. Зарипова).

НКЦ АиР планирует и осуществляет научные исследования по значимым в научном и практическом отношениях вопросам общей и частной анестезиологии и реаниматологии. Основные научные направления: применение методов экстракорпоральной детоксикации в интенсивной терапии у пациентов в критическом состоянии; совершенствование методов периоперационного обезболивания; оптимизация методов

респираторной поддержки в периоперационный период; оценка состояния микроциркуляции у больных в критическом состоянии; диагностика и интенсивная терапия сепсиса; применение кровосберегающих технологий в кардиохирургии; патогенез и интенсивная терапия хронического критического состояния.

Современные тенденции развития анестезиологии-реаниматологии повышают значимость тесной координации теоретической и практической подготовки. Она обеспечивается посредством интеграции профессорско-преподавательского состава и обучающихся в лечебную работу, что достигается объединением на функциональной основе кафедры и Научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии в учебно-методический комплекс.

Это способствует поддержанию высокого уровня квалификации как преподавателей, так и всего врачебно-сестринского персонала лечебных подразделений, на базе которых реализуется учебный процесс, а также обеспечивает условия для постоянного совершенствования и повышения качества преподавания и лечения. Реализация системного подхода (наука, практика, образование) позволяет быстро внедрять новые методы анестезии и интенсивной терапии с донесением до обучающихся единого взгляда на их достоинства и недостатки, а также максимально адаптировать образовательный процесс к потребностям практики. Ежедневные утренние конференции, обходы и разборы анестезий и ведения больных в палатах реанимации и интенсивной терапии, еженедельные итоговые клинические разборы сложных случаев, проводимые профессорско-преподавательским составом с участием обучающихся и всех сотрудников научно-клинического центра (120–140 человек одновременно), интеграция самих обучающихся в реальный лечебный процесс способствуют быстрому усвоению практических навыков, развитию клинического мышления и формированию чувства ответственности за свои действия. Такой подход также способствует приобретению обучающимися навыка междисциплинарного взаимодействия и умения находить консенсус по сложным и противоречивым вопросам, стоящим на стыке различных медицинских направлений.

Юрий Сергеевич Полушин

Проректор по научной работе,
заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии
Руководитель Научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии
Почетный президент Федерации анестезиологов и реаниматологов России
Президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов
Доктор медицинских наук, академик РАН, профессор



Как появился Научно-клинический центр анестезиологии и реаниматологии? Что можно сказать о предпосылках его создания? Какие проблемы удалось решить с его возникновением?

Мне представляется, что для лучшего понимания предназначения нашего центра следует упомянуть некоторые важные вехи совместной истории развития хирургии и анестезиологии. На определенном этапе ключевую роль сыграло применение ингаляционных анестетиков, в частности эфира, для устранения боли во время операции, поскольку до этого все возможности хирургов не могли быть реализованы из-за возникавшей при их манипуляциях выраженной болевой реакции.

Решение проблемы обезболивания, а затем и «обездвиживания» больного на операционном столе путем анестезиологических воздействий позволило разработать и внедрить в практику новые приемы оперирования, расширить спектр проводимых вмешательств.

Со временем это так называемое анатомическое направление в развитии хирургии себя исчерпало, разрабатывать новые хирургические вмешательства стало затруднительно, да и не все больные были в состоянии перенести расширенные объемы операций. Появилась даже статья великого хирурга Сергея Петровича Федорова «Хирургия на распутье», в которой обращалось внимание на важность соизмерять анатомический подход к оперированию с состоянием функционального статуса больного. Внедрение в практику миорелаксации, развитие методов искусственного обеспечения газообмена в ходе вмешательства, а также иных методов поддержания функции органов жизнеобеспечения дало второй импульс развитию хирургии, особенно торакальной и сердечно-сосудистой. Появилась возможность оперировать тех больных, которым раньше отказывали в силу наличия у них той или иной сопутствующей патологии. Но с другой стороны возникла и необходимость совершенствовать методы анестезиологической защиты от операционной травмы, искать способы повышения резервных возможностей организма для улучшения исходов лечения. Эти примеры показывают взаимосвязь анестезиолого-реаниматологического и хирургического направлений.

Как развитие хирургии невозможно без развития анестезиологии, так и совершенствование анестезиологии прямо зависит от задач, которые ставит хирургия.

Нынешний период характеризуется активным внедрением в практику не только новых технологий, но и организационных решений, направленных на сокращение пребывания больных в стационаре при одновременном

сохранении качества лечения. Это достижимо лишь при координации усилий различных специалистов не только в операционной, но и в пред- и в послеоперационном периодах, ведь важно не только провести вмешательство, но и подготовить к нему больного, а затем его наблюдать.

Объединение всех имевшихся в Университете хирургических клиник в Научно-исследовательский институт хирургии и неотложной медицины позволило выделить направления, которые в области хирургии соответствуют потребности сегодняшнего дня без дублирования их разными коллективами; сконцентрировать технологии, обеспечить кадровый потенциал, научить людей работать в этой сфере очень эффективно и хорошо. Вырос поток больных, увеличился объем хирургической активности, стали оперироваться все более тяжелые пациенты. Параллельно возникла необходимость провести аналогичные преобразования в анестезиолого-реаниматологической сфере: объединить разрозненные маломощные отделения в общий блок; сконцентрировать для оптимизации работы ресурсы, в том числе кадровые; обеспечить однотипность применения базовых технологий, ускоренными темпами внедрить в практику новые подходы и методы анестезиологического сопровождения операций и интенсивной терапии. В этой ситуации формирование центра анестезиологии-реаниматологии как раз стало логичным продолжением процесса реформирования хирургической и анестезиолого-реаниматологической служб Университета.

Важно отметить, что за счет тесного взаимодействия с кафедрой анестезиологии и реаниматологии центр превращался в хорошую базу для практической подготовки обучающихся всех категорий. Это способствовало тому, что за несколько лет была решена кадровая проблема, центр пополнили молодые, толковые специалисты с единым профессиональным мировоззрением.

Создана система рационального использования материально-технических ресурсов, а в конечном счете увеличена пропускная способность операционных и отделений реанимации без ущерба для качества оказываемой помощи при той же численности работающего персонала.

Еще одна важная деталь: центр как структурное подразделение не был включен в состав института хирургии. И этому тоже есть объяснение. Хотя работа наших подразделений с хирургическими отделениями весьма значима, в Университете лечатся и другие категории пациентов, в частности терапевтического, нефрологического, гематологического и иных профилей. При этом ряд таких больных тоже нуждается в современной реаниматологической поддержке. Многие пациенты хирургического профиля с тяжелой соматической коморбидной патологией также требуют особых подходов к интенсивной терапии, лежащих в поле междисциплинарных достижений. Поэтому задачи, которые решает Центр анестезиологии и реаниматологии, выходят за рамки чисто хирургического направления. Наличие в нем специалистов с разным уклоном дополнительной подготовки позволяет решать междисциплинарные задачи весьма оперативно и качественно.

Можно ли рассказать о сложностях, с которыми Вы столкнулись при реорганизации? Как их удалось преодолеть?

Конечно, сложности были, как «внутренние — в коллективе», так и «внешние — вне его». Существовавшая ранее традиционная практика предусматривала формирование подразделений нашего профиля «внутри» соответствующих хирургических или иных структур, если в них начинали поступать больные, нуждавшиеся в операциях/инвазивных манипуляциях или просто в более тщательном индивидуальном контроле состояния. В результате в Университете количество таких подразделений, не связанных друг с другом и интегрированных в структуру тех или иных существовавших на тот период самостоятельных клиник и даже отделений, было более 20. Их сотрудники решали, в основном, частные узкие задачи и преимущественно под контролем руководителей клиник, не являвшихся специалистами в нашей области. Выведение их из состава клиник в центр ломало сложившиеся стереотипы

и вызывало естественное беспокойство как руководителей клиник, так и самого персонала, ведь для анестезиологов-реаниматологов менялся характер работы, повышались требования к квалификации, имеющимся навыкам и умениям. Возникший у них психологический дискомфорт надо было преодолеть, а руководителям коллективов — делом доказывать, что реорганизация не приведет к ухудшению результатов общей работы. Это потребовало определенных действий, в том числе по переподготовке врачебного и среднего медицинского персонала, введению практики общих конференций, обходов, клинических разборов.

На начальном этапе также пришлось корректировать систему лекарственного и материально-технического обеспечения. В условиях ресурсных ограничений важно было разработать и согласовать со всеми заинтересованными лицами наиболее рациональную схему гарантии работы, ориентированную не на традиции, а на реальную потребность тех или иных подразделений в медикаментах, расходном имуществе и оборудовании на основании объема и особенностей оказываемой ими помощи.

Непривычным было и предложение о ранжировании характера работы некоторых наших отделений и новом порядке маршрутизации тяжелобольных из операционных в ОРИТ, а также в случае необходимости из ОРИТ в ОРИТ. Но полагаю, что изложенное лучше отнести к категории «рабочих моментов», чем к «сложностям», тем более что процесс реализации концепции развития центра никогда не сопровождался какими-либо конфликтами.

Какие из выполняемых операций можно назвать наиболее сложными?

Этот вопрос лучше задавать хирургам. Начинающим анестезиологам мы всегда говорим, что «если и есть маленькие операции, то нет маленьких анестезий», поскольку анестезия даже при какой-либо короткой операции может закончиться летальным исходом, если отнестись к ней спустя рукава. НИИ хирургии ПСПбГМУ достаточно хорошо известен в стране, здесь часто оперируют более сложных пациентов, чем в других лечебных учреждениях. Существенно возросла доля больных с тяжелой коморбидной патологией, поэтому для нас анестезии при всех операциях не являются простыми. Например, операция по замене тазобедренных суставов считается сегодня практически рутинной, но среди таких пациентов очень большой процент больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на диализе, что, естественно, усложняет работу анестезиолога-реаниматолога.

Конечно, течение послеоперационного периода может быть разным: где-то более, а где-то — менее тяжелым. У определенной части пациентов, к сожалению, не избежать осложненного течения, особенно если речь идет о неотложной хирургии, экстренных вмешательствах. С учетом этого мы дифференцируем предназначение наших ОРИТ, выделяя отделения, где преимущественно обеспечивается интенсивное наблюдение, и отделения, где требуются более трудоемкие подходы к интенсивной терапии. В них могут концентрироваться больные с тяжелой дыхательной или сердечной недостаточностью, с инфекционными осложнениями. Есть отделение для пациентов, которые впадают в хроническое критическое состояние, то есть они могут лечиться в ОРИТ месяцами, поскольку им требуется протезирование систем жизнеобеспечения в течение довольно длительного периода времени.

Какой намечается вектор дальнейшего развития центра?

Центр был создан в 2013 году, а в 2018-м прошло объединение научного и клинического направлений. Вектор развития определяется потребностями практики и запросами науки в рамках анестезиологии-реаниматологии. Применительно к практике — разработка и внедрение новых технологических приемов. В научной работе мы стараемся концентрировать свои усилия в направлениях, связанных с повышением адекватности анестезиологического обеспечения при сложных и травматичных вмешательствах с учетом новых технологий и новых подходов к так называемой проблеме функциональной операбельности. Существенное место отводим исследованиям, нацеленным



на профилактику, диагностику и лечение септических осложнений, а также на формирование представлений о хроническом критическом состоянии. Очень важное направление связано с определением места технологии экстракорпоральной гемокоррекции в интенсивной терапии больных, находящихся в критическом состоянии или имеющих угрозу его развития. Для реализации этих планов нужны молодые, активные ребята, которые могут с интересом работать в операционных и отделениях реанимации и параллельно с увлечением проводить научные исследования. Формированием такой команды мы сейчас и занимаемся.

Можно ли рассказать о проводимых в НКЦ АиР исследованиях?

Обеспечение безопасности анестезии и минимизация риска периоперационных осложнений является важнейшей целью научных исследований в анестезиологии-реаниматологии.

Весьма актуально совершенствование подходов к интраоперационной респираторной поддержке для снижения риска развития послеоперационных осложнений. В настоящее время также продолжается активная дискуссия в отношении места эпидуральной анальгезии в рамках сочетанной анестезии при сложных лапароскопических вмешательствах. В этой связи нами проведено исследование, в ходе которого отработаны новые подходы к выбору режимов искусственной и вспомогательной вентиляции легких





на разных этапах анестезии, позволяющие обеспечить хорошую оксигенацию крови, ускорить пробуждение больного по завершению операции, обеспечить для него больший комфорт периекстубационного периода. В рамках другого исследования отработана методика введения местного анестетика (ропивакаина) в эпидуральное пространство в небольшой концентрации посредством непрерывной инфузии. Сравнительное исследование показало, что данный способ обеспечивает такой же хороший уровень анальгезии, как и традиционные методики, с необходимым для адекватной защиты распространением сенсорного блока, минимальной степенью моторного блока и наименьшим отрицательным влиянием на гемодинамические показатели. Это позволяет снизить объем инфузионной нагрузки и дозу препаратов с вазопрессорным действием, что важно для больных с коморбидной патологией.

К сожалению, в хирургии сегодня невозможно полностью избежать осложнений инфекционного генеза. При сепсисе, в частности, очень велика вероятность летального исхода. Результаты интенсивной терапии при этом тем лучше, чем раньше он будет диагностирован и произведена ее коррекция. Сотрудниками одного из наших отделений детально изучена эффективность различных биомаркеров, которые предлагается для этого использовать, и даны четкие рекомендации, когда и с какой целью их применять, а также как правильно интерпретировать получаемые результаты.

Чрезвычайно интересным оказалось исследование, нацеленное на обоснование применения методов экстракорпоральной гемокоррекции у больных COVID-19 по так называемым внепочечным показаниям для уменьшения выраженности цитокинового шторма в максимально ранние сроки от начала заболевания. Мы доказали, что такой подход способствовал улучшению результатов лечения этой сложной категории больных. Кстати

говоря, наш центр является одним из ведущих в стране в направлении, связанном с развитием методов экстракорпоральной гемокоррекции у больных в критическом состоянии.

Дала ли пандемия COVID-19 толчок к развитию центра?

Конечно, это выразилось прежде всего в единении коллектива, а также в понимании необходимости переосмысливания некоторых традиционных подходов к используемым нами технологиям, например при острой дыхательной недостаточности, остром повреждении почек. Кроме того, даже сомневающимся в целесообразности создания центра было очевидно, что его формирование помогло Университету быстро и эффективно справиться с задачами во время пандемии, в короткие сроки организовать работу, причем не снижая активности по другим направлениям. Мы смогли быстро отработать идеологию ведения пациентов, которая на начальном этапе была совершенно непонятна, и в целом оказать помощь на самом высоком уровне. Летальность в нашем COVID-центре, несмотря на то, что сюда направляли наиболее тяжелых больных, в том числе из других учреждений, была одна из самых низких в стране.

Какие черты характера должны быть свойственны врачу, который выбрал специальность анестезиолога-реаниматолога?

Терпеливость, чувство сострадания к бедам других, готовность к постоянному самосовершенствованию и повышению уровня своих знаний. Для анестезиолога-реаниматолога должны быть характерны глубина знаний, широкий кругозор, способность мыслить и быстро принимать решения. Угроза жизни всегда должна быть устранена в максимально короткий срок, поскольку промедление может привести к негативным результатам.

Что самое сложное в вашей профессии?

Выбор решения о действиях в экстренной ситуации, когда неясна причина развития критического состояния, грозящего больному смертью.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

Моим учителем является ближайший ученик Петра Андреевича Куприянова Борис Степанович Уваров, который после смерти первого возглавил кафедру анестезиологии и реаниматологии Военно-медицинской академии, где я начинал учиться и где достаточно долгий период времени проработал в качестве преподавателя, а потом и ее начальника. Кстати, Борис Степанович – выпускник 1 Ленинградского медицинского института. В 1941 году он ушел на фронт, и только потом жизнь связала его с военной медициной.

А все-таки – кто главный в операционной: хирург или анестезиолог-реаниматолог?

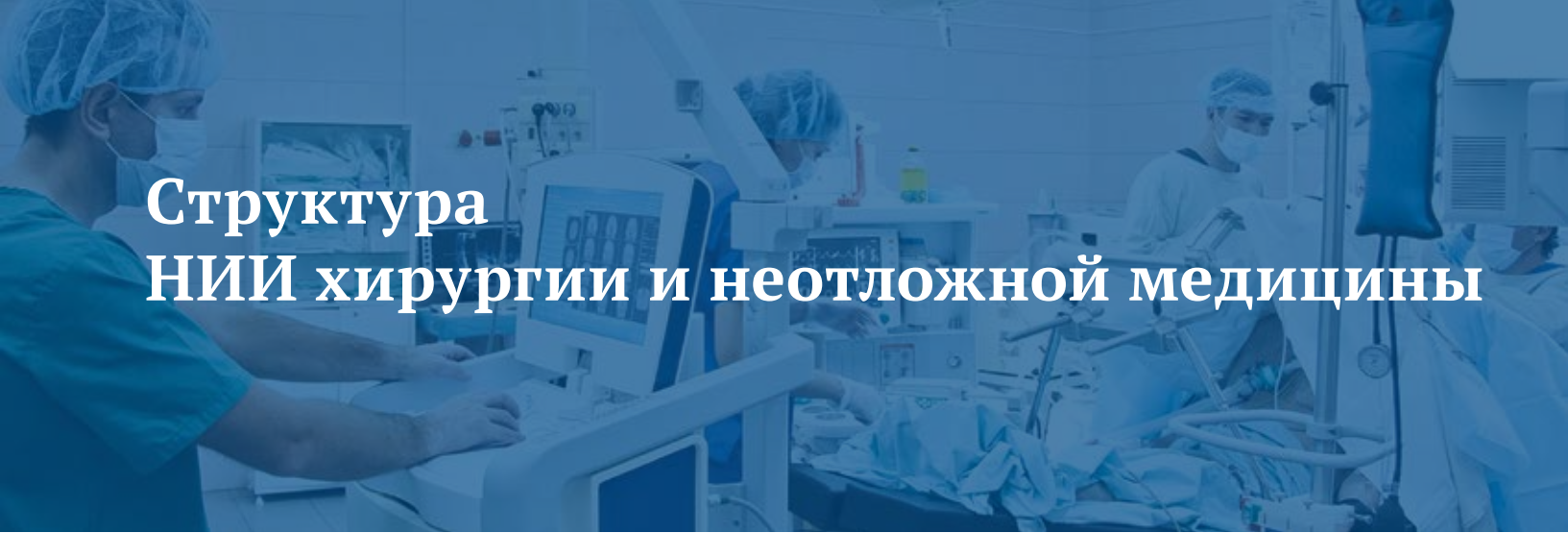
Один известный хирург, работавший в Военно-медицинской академии, Игорь Александрович Ерюхин, ответил на этот вопрос так: «Главный тот, кто умнее». Тогда речь шла применительно к хирургии повреждений, когда нередко на первую позицию выступают функциональные нарушения, обусловленные анатомическими повреждениями. В подобной ситуации ведущая роль может отводиться анестезиологу-реаниматологу, который занимается коррекцией функционального статуса, а хирург, который хотя и устраняет причину развития тяжелого состояния, одновременно своими действиями усиливает выраженность травматического воздействия, что может окончательно сорвать реакции компенсации. В таком случае он прислушивается к мнению анестезиолога. Но если тот не в состоянии принять необходимые решения, более опытный хирург вполне может брать инициативу на себя.

При плановой работе хирург, конечно, главный. Он продумывает операцию, знает ее объем, последовательность действий. Задача анестезиолога заключается не только в том, чтобы следить за состоянием больного и обеспечивать адекватность защиты от операционной травмы, но и в том, чтобы создать хирургу оптимальные условия для нормального оперирования

во избежание излишней травматизации тканей (хорошая миорелаксация, «сухое» операционное поле и прочее). В случае же внезапного развития осложнения, например при угрожающей жизни массивной кровопотере, когда от действий анестезиолога может зависеть жизнь больного, он может играть и главную роль. После стабилизации состояния роли хирурга и анестезиолога опять поменяются. Поэтому, наверное, Игорь Александрович был прав, говоря о том, что главным в операционной должен быть самый умный, способный правильно оценить ситуацию и предложить всем оптимальный алгоритм действий. Здесь важны командная работа и понимание каждым членом бригады зоны своей ответственности при уважительном отношении друг к другу. Тогда и выяснять, кто главнее, не будет необходимости.



*«Центр является одним из ведущих в стране
в направлении, связанном с развитием методов
экстракорпоральной гемокоррекции у больных
в критическом состоянии»*



Структура НИИ хирургии и неотложной медицины

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

КЛИНИКА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ (сердечно-сосудистая хирургия, кардиохирургия)

Клиника Научно-клинического центра сердечно-сосудистой хирургии

- Кардиохирургическое отделение
- Отделение сосудистой хирургии
- Отделение аритмологии
- Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 3

Отдел рентгенохирургических методов диагностики и лечения

- Отдел рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1
- Отдел рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 2

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ (урология)

- Онкологическое отделение № 6 (андрологии и онкоурологии)
- Урологическое отделение № 1 (общей и неотложной урологии)
- Урологическое отделение № 2 (дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии)

ОТДЕЛ НЕЙРОХИРУРГИИ (нейрохирургия)

- Нейрохирургическое отделение № 1
- Нейрохирургическое отделение № 2

НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (оториноларингология)

Операционный блок № 4

- Оториноларингологическое отделение

СУРДОЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ (сурдологопедия)

ОТДЕЛ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (торакальная хирургия)

- Онкологическое отделение № 4 (торакальной хирургии)

ОТДЕЛ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ОРГАННОГО ДОНОРСТВА (трансплантология)

Операционный блок № 9

- Палата реанимации и интенсивной терапии № 2
- Хирургическое отделение № 6 (по пересадке почки)
- Хирургическое отделение № 7 (по координации донорства органов и тканей человека)

ОТДЕЛ ЭНДОСКОПИИ И ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ХИРУРГИИ (эндоскопия)

- Эндоскопическое отделение № 1
- Эндоскопическое отделение № 3

ОТДЕЛ ОБЩЕЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

(общая и неотложная хирургия)

- Отделение амбулаторной хирургии
- Хирургическое отделение № 2 (герниологии и бариатрической хирургии)
- Хирургическое отделение № 3 (колопроктологии)
- Хирургическое отделение № 4 (неотложной хирургии)

ОТДЕЛ ОНКОХИРУРГИИ (онкохирургия)

- Онкологическое отделение № 1 (висцеральной онкологии)
- Онкологическое отделение № 3 (хирургической эндокринологии)
- Онкологическое отделение № 5 (маммологии)
- Отделение детской хирургии

ОТДЕЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(скорая медицинская помощь)

- Приемное отделение № 1
- Стационарное отделение скорой медицинской помощи
- Выездные бригады
- Группа анестезиологии-реанимации
- Диспетчерская приема и передачи вызовов

ОТДЕЛ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ (травматология и ортопедия)

- Травматолого-ортопедическое отделение № 1
- Травматолого-ортопедическое отделение № 2

ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 9 (химиотерапии)

отделение химиотерапии опухолей (химиотерапия опухолей)

- Отделение ранней медицинской реабилитации
- Кабинет механотерапии

ЦЕНТРАЛЬНОЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК № 1

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК № 2

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК № 3

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

Научно-клинический центр сердечно-сосудистой хирургии

Руководитель — академик РАН, профессор Геннадий Григорьевич Хубулава.

В структуру центра входят:

- Кардиохирургическое отделение (руководитель — кандидат медицинских наук Александр Викторович Кривенцов, заведующий — кандидат медицинских наук Дмитрий Вадимович Маслевцов).
- Отделение сосудистой хирургии (заведующий — доктор медицинских наук Александр Ярославович Бедров).
- Отделения рентгенохирургических методов лечения №№ 1 и 2 (заведующие — кандидат медицинских наук Алексей Владимирович Бирюков и кандидат медицинских наук Дмитрий Владимирович Овчаренко).
- Отделение аритмологии (рентгенохирургических методов лечения № 3) (заведующий — Александр Николаевич Морозов).

Научно-клинический центр сердечно-сосудистой хирургии имеет современные научную, учебную и клиническую базы, открытые для повышения профессионального уровня врачей и оказания высокотехнологичной хирургической и эндоваскулярной медицинской помощи пациентам с врожденной и приобретенной патологией сердца, ишемической болезнью сердца. Руководитель и сотрудники центра участвуют в международных и отечественных научных и клинических проектах. Активная научно-исследовательская и клиническая деятельность осуществляется при поддержке и сотрудничестве ведущих отечественных и зарубежных научных школ. Успешно функционирует СНО, участники которого выступают на научных конференциях и публикуют печатные работы.



Геннадий Григорьевич
Хубулава



Александр Викторович
Кривенцов



Дмитрий Вадимович
Маслевцов



Александр Ярославович
Бедров



Алексей Владимирович
Бирюков



Дмитрий Владимирович
Овчаренко



Александр Николаевич
Морозов



Геннадий Григорьевич Хубулава

Заведующий кафедрой хирургии факультетской с курсами
лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой

Руководитель Научно-клинического центра сердечно-сосудистой хирургии
НИИ хирургии и неотложной медицины

Главный кардиохирург Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ

Доктор медицинских наук, академик РАН, профессор

*Расскажите, пожалуйста,
о направлениях и структуре центра.*

В Научно-клиническом центре сердечно-сосудистой хирургии проводят операции на сердце и сосудах. У нас есть кардиохирургическое отделение, отделения сосудистой хирургии, рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения и аритмологическое отделение.

*Какие показатели наиболее ярко
характеризуют работу центра?
Какие операции у вас проводятся?*

В основном, аортокоронарное шунтирование. Наш Университет — место, где эта операция была выполнена впервые в мире.

Первым в мире Василий Иванович Колесов провел операцию маммарнокоронарного анастомоза, который сейчас применяется как один из компонентов операции аортокоронарного шунтирования во всем мире.

Также проводятся вмешательства на работающем сердце, в условиях искусственного кровообращения, хирургия клапанов сердца — их повреждения достаточно часто встречаются при атеросклерозе, ревматизме и соединительнотканых дисплазиях. Аневризма аорты, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей — это те болезни, которые в основном мы лечим. Ну и, конечно, различные варианты нарушения ритма, которые сейчас оперируют эндоваскулярно — через прокол в сосуде заводят зонд в сердце, прижигают те места, из которых исходит аритмия.

*Может быть, Вы подробнее
расскажете о сложных случаях?*

В кардиохирургии не бывает простых операций. Если хирургу кажется, что это пара пустяков, он легко это сделает, провидение сразу наказывает за такое отношение. Все операции — сложные, к каждому пациенту мы относимся как к своему близкому, родному человеку и хотим сделать максимально хорошо.

*Какие черты характера должны
быть у того, кто выбирает
профессию хирурга и кардиохирурга
в частности?*

Хирург — это тот же терапевт, только вооруженный. Важнейшей чертой я бы назвал устойчивость к стрессам. Потому что напряжения и выгорания в профессии у хирургов очень много, это тяжелая работа.

Конечно, человек должен быть крепким физически, выдерживать эти нагрузки. Также нужна способность отвлекаться, обязательно должно быть хобби. Хорошее здоровье — залог успешной работы. И, конечно, хирург должен быть вечным учеником. Наша специальность быстро развивается, появляется много нового, и если ты ежедневно не читаешь, что-то не изучаешь,

ты отстанешь. Это как человек, плывущий в лодке против течения — только отпустил весла и ты уже далеко позади всех...

Вы руководите серьезным центром, который объединил в себе несколько отделений. Что самое главное во взаимоотношениях с коллегами, может быть, с учениками?

Вы знаете, я не говорю никогда — ученики, как делал и мой учитель Юрий Леонидович Шевченко. Это мои соратники. Если они хотят назвать меня своим учителем, это другой вопрос. Вот Ю. Л. Шевченко я так называю, он меня многому в жизни научил.

Самое главное, наверное, для молодых — дать возможность им развиваться, расти профессионально, не только с научной точки зрения, но и с практической, учить чему-то новому, самостоятельно доверять операции,

Как растет кардиохирург? Сначала он стоит ассистирует, много смотрит. А ассистирование — это значит активное участие в операциях. Я всегда говорю — вот вы стоите, смотрите и представьте, что это делаете вы. Что вы сделали бы следующим шагом, и так далее. Это всегда откладывается на подкорке.

Он смотрит, запоминает. Затем можно разрешать молодому человеку выполнить какой-то этап. Он так учится, и когда старший товарищ видит, что ассистент готов, то может доверить провести операцию под своим контролем.

Молодежь должна расти, должна превосходить своих наставников. А самое главное в работе руководителя — помочь им.







Какие наиболее серьезные проблемы сейчас стоят перед областью кардиохирургии?

Проблем таких достаточно много, но мы их решаем, и в том числе в центре. Это, скажем, острое разрушение клапанов при инфекционном эндокардите. Достаточно большая проблема — когда пациент ходил, и все было нормально, а вдруг — инфекция в сердце, клапан разрушился, развивается отек легкого, привозят умирающим. Вот его может спасти только кардиохирургия. Такие вопросы решаются повседневно. Не могу сказать, что это что-то новое, это все давно актуально в мире, и мы делаем такие же операции. Сейчас проводится эндоваскулярное лечение клапанов — без разреза грудной клетки. Выполняется имплантация через бедренную артерию в аортальную позицию при аортальном стенозе, это делается рутинно в клинике.

На сегодняшний день мы проводим порядка 40–50 таких вмешательств ежегодно. А самая популярная сейчас операция в мире — аортокоронарное шунтирование при ишемической болезни сердца, две третьих от общего числа.

Есть тяжелая форма ишемической болезни сердца — ишемическая кардиомиопатия, которая перерастает в терминальную сердечную недостаточность. Таким пациентам возможно выполнить имплантацию искусственных левых желудочков. Такая технология существует, и на сегодняшний день она достаточно дорогая. Но, возможно, мы будем ее выполнять сначала в плане клинической апробации, а затем даже по квоте.

Можно ли считать имплантацию искусственных левых желудочков альтернативой трансплантации сердца?

В ряде случаев да. Например, пациентам с хроническими опухолями и другими заболеваниями, при которых противопоказана трансплантация сердца, потому что любая иммуносупрессивная терапия после операции приведет к тому, что начнет прогрессировать основная болезнь и они умрут. Или, например, возрастным пациентам. Из-за нехватки доноров сердце сейчас не пересаживают больным старше 65 лет. А если ему, скажем, 70–80 лет, он еще умственно сохранен, у него тяжелая сердечная недостаточность, ему вполне можно провести имплантацию искусственных левых желудочков. Мы можем об этом говорить, и мы готовимся к этому.

Что Вы скажете о результатах ежедневных, рутинных, операций?

Результаты на уровне мировых. Наши хирурги не хуже западных. Все знают, все умеют. Я бывал во многих регионах мира и не увидел там ничего того, чего у нас не было.



Научно-исследовательский центр урологии

Научно-исследовательский центр урологии с момента создания возглавил профессор Сальман Хасунович Аль-Шукри, в настоящее время им руководит профессор Сергей Борисович Петров.

В структуру центра входят:

- Отделение андрологии и онкоурологии (заведующий — доктор медицинских наук С. А. Рева).
- Отделение общей и неотложной урологии (руководитель — профессор А. С. Аль-Шукри, заведующий — кандидат медицинских наук Ю. А. Пономарева).
- Отделение дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии (руководитель — кандидат медицинских наук Д. С. Горелов, заведующий — А. О. Иванов).

Отделения осуществляют все виды специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Проводятся и осваиваются самые современные малоинвазивные методы хирургического лечения (лапароскопические, эндоскопические, аблативные) при онкологической, урологической, а также сочетанной патологиях. Более 90 процентов операций осуществляется малоинвазивными способами.

Основным направлением деятельности общей и неотложной урологии является оказание консультативной помощи в клинических подразделениях Университета, а также экстренной помощи больным, прибывшим в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП). Плановая хирургическая работа отделения сосредоточена на выполнении различных видов реконструктивно-пластических операций верхних и нижних мочевых путей, лечении



Сергей Борисович
Петров



Сергей Александрович
Рева



Адель Сальманович
Аль-Шукри



Юлия Анатольевна
Пономарева



Дмитрий Сергеевич
Горелов



Андрей Олегович
Иванов



Сальман Хасунович
Аль-Шукри

аденомы предстательной железы, а также всех видов недержания мочи у женщин и мужчин.

Одним из приоритетных направлений деятельности отделения эндовидеохирургии и дистанционной литотрипсии является лечение мочекаменной болезни. Выполняются все виды хирургических вмешательств (перкутанная нефролитотрипсия, ретроградная нефролитотрипсия с применением гибких эндоскопов, уретеролитотрипсия, ДУВЛ) с использованием гольмиевого, тулиевого лазера, а также ультразвукового и пневмокинетического литотриптора.

Отделение андрологии и онкоурологии проводит лечение пациентов со злокачественными новообразованиями мочеполовых органов, осложнениями радикальной простатэктомии. Выполняются хирургическая

коррекция и протезирование наружных половых органов при различных патологиях.

Сотрудниками НИЦ урологии ведется активная научная работа. На базе отделений проводится ряд международных клинических исследований. Сотрудники клиники выступают на российских и международных конференциях самого крупного масштаба, принимают участие в качестве организаторов и соорганизаторов научных мероприятий. Результаты научной работы регулярно публикуются в российских и зарубежных медицинских журналах. Специалистами клиники ежегодно осуществляется 15–20 научных публикаций.

Центр работает в тесном взаимодействии с кафедрой урологии (заведующий — профессор С. Х. Аль-Шукри).



Сергей Борисович Петров

Руководитель Научно-исследовательского центра урологии
НИИ хирургии и неотложной медицины

Профессор кафедры урологии с курсом урологии с клиникой
Доктор медицинских наук, профессор



**Расскажите, пожалуйста, об отделе,
о центре, основной специализации
направления.**

В настоящее время наша клиника полностью соответствует понятию университетской клиники, в которой оказываются все виды урологической помощи — от консультации до сложнейших операций. Она включает три отделения — неотложной и реконструктивной урологии, мочекаменной болезни, а также онкоурологии и андрологии. Еще одним структурным подразделением является научно-исследовательский центр, сотрудники которого занимаются нейроурологией и инфекциями мочевыводящих путей. Таким образом, работа трех отделений охватывает все основные направления современной урологии. Помимо того, что в стенах клиники проходят лечение более 3 тысяч пациентов в год, наши сотрудники активно занимаются наукой. В последние годы у нас произошли существенные изменения в работе как в отношении организации лечебного процесса, так и касающиеся хирургической деятельности. Возросла хирургическая активность, снизились сроки пребывания больных в стационаре, при этом более 80 процентов операций выполняются эндоскопически. Отмечается расширение как спектра, так и процента технически сложных хирургических вмешательств. В клиническую практику интенсивно внедряются современные малоинвазивные методики с использованием лазерной и ультразвуковой энергии. Надо отметить, что преимуществом университетской клиники является возможность, при необходимости, оказания всех видов помощи — специалистами не только хирургического, но и терапевтического профиля. Случается, что перед запланированной операцией на органах мочеполовой системы пациенту требуется вмешательство нефролога, кардиоваскулярного хирурга или, например, эндокринолога. И это не будет препятствием для госпитализации или поводом для выписки из клиники — все будет сделано на месте в нужном объеме.

**Что за операции были внедрены?
Какие из них — самые сложные?**

В последние годы подавляющее число операций на органах мочеполовой системы стали выполняться эндоскопически, в том числе с применением 3D-визуализации.

Перкутанная нефролитотрипсия с мультидоступом — метод, позволяющий удалить крупные и коралловидные камни через миниатюрные проколы. Мы также проводим ретроградную гибкую нефролитотрипсию. Широко стала применяться лазерная энуклеация при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

На сегодняшний день мы регулярно выполняем различные виды протезирования при эректильной дисфункции, а также недержании мочи. Мы имплантируем пациентам искусственные устройства, которые позволяют восстановить утраченные функции. В настоящее время в нашей клинике

обыденной стала сложная онкоурологическая операция – радикальная цистэктомия с различными видами деривации мочи.

Что касается «сложных операций», то этот термин, на мой взгляд, не всегда уместен, так как непростое в техническом плане вмешательство может легко выполняться высококвалифицированным хирургом. Мы говорим – нет простых операций, потому что понимаем: на конечный результат может повлиять очень много факторов, и любая хирургическая манипуляция может закончиться серьезными осложнениями.

Если говорить о технически сложных операциях, то, наверное, на сегодняшний день это в первую очередь радикальная цистэктомия с лимфодиссекцией и отведением мочи с созданием различных вариантов кишечных резервуаров. При ее выполнении уролог должен иметь навыки работы не только с органами мочеполовой системы, но и с кишкой, из которой создается новый мочевого пузырь. На сегодняшний день в нашем стационаре данная операция поставлена на поток с хорошими отдаленными онкологическими и функциональными результатами.

Другим технически сложным направлением урологии являются реконструктивные операции при протяженных и рецидивных стриктурах уретры. Бывают случаи, когда у пациента 20 сантиметров уретры представляет собой трубку диаметром один-два миллиметра – в этой ситуации нормальное опорожнение мочевого пузыря крайне затруднительно. Подобная ситуация требует серьезного хирургического вмешательства, суть которого заключается в том, что приходится полностью замещать рубцово-измененную ткань уретры при помощи слизистой щеки. Это двухэтапная операция, требующая высокого мастерства хирурга и терпения пациента.

К категории сложных необходимо отнести и ряд других хирургических вмешательств, таких как перкутанная литотрипсия при коралловидных камнях почек и забрюшинная лимфодиссекция у пациентов, страдающих раком яичка.

Что можно сказать о научных разработках? Чем вы сейчас занимаетесь?

Очевидно, что работа в университетской клинике подразумевает не только непосредственно ее практическую часть, но и обязательно научную составляющую. Сегодня одним из быстроразвивающихся направлений в медицине стала онкология, что в первую очередь обусловлено постоянным ростом онкологической заболеваемости. Это напрямую касается и онкоурологии. В последнее время в данной специализации наши диагностические, прогностические и лечебные возможности значительно расширились. На этапах диагностики появляются новые маркеры, в лечении – новые препараты и их комбинации, что делает онкоурологию одной из наиболее динамично развивающихся и обуславливает большой интерес к исследованиям в данном направлении. На отделении онкоурологии ведется большая научная работа, защищена докторская диссертация, а трое сотрудников работают по темам кандидатских диссертаций. Большой объем научных исследований проводится и по другим направлениям. На отделении мочекаменной болезни защищены одна докторская и одна кандидатская диссертации, ведется работа над двумя кандидатскими диссертациями; на отделении неотложной урологии начат сбор материалов для докторской и кандидатской диссертаций. Сотрудники клиники активно выступают с докладами как на всероссийских съездах и конгрессах, так и региональных конференциях. Результаты научных исследований регулярно публикуются в специализированных журналах по различным профилям – урология, онкология, хирургия. Проведены и опубликованы результаты нескольких совместных исследований с крупнейшими клиниками России и Санкт-Петербурга.



«Любой высококомпетентный врач становится таковым не сразу после окончания вуза. Проходит не один десяток лет, прежде чем его можно назвать профессионалом в своей области»



Поделитесь, пожалуйста, планами и перспективами развития отдела.

Если говорить об урологии как современной дисциплине, то я вижу ее как мультидисциплинарную специальность. По сути, уролог занимается лечением патологии органов мочевыводящей системы и органов половой системы у мужчин. Но если рассмотреть ситуацию в частности, то это абсолютно разные органы — почки, мочеточники, мочевого пузыря, предстательная железа, уретра. Уролог должен прекрасно знать физиологию каждого из них, их анатомические особенности, подходы в диагностике и лечении. То есть, в отличие от некоторых более узких специальностей, здесь действительно требуется быть мультидисциплинарным специалистом, потому что физиология почки кардинально отличается от физиологии мочевого пузыря или предстательной железы. На сегодняшний день в урологии отмечается такая тенденция, как узкая специализация урологов, то есть некоторые в большей степени занимаются лечением почек, другие — андрологией, третьи — заболеваниями предстательной железы. Но есть стационары, больницы, где требуется оперировать всех урологических пациентов. На мой взгляд, это делает нашу специальность достаточно сложной в плане изучения и оказания помощи. Вот почему урология, с одной стороны, очень интересна в плане разнообразия как диагностических, так и лечебных подходов, но в то же время вызывает ряд проблем, особенно в плане освоения и оказания квалифицированной помощи пациентам с разной патологией органов мочеполовой системы. Если говорить о перспективах развития, то, на мой взгляд, в первую очередь это более интенсивное внедрение современных технологических достижений. И в этом аспекте урология, наверное, занимает первое место. Раньше всего в нашей специальности была внедрена эндоскопия, которая сегодня интенсивно развивается, также активно используются 3D-изображения, виртуальная реальность, робототехника.

Опять же, первая роботическая система daVinci изобретена специально для урологов, и это очень перспективное направление.

Расскажите о себе как руководителе центра.

Я выпускник Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, три года служил на флоте, далее поступил в ординатуру при кафедре урологии. После окончания ординатуры выполнял интернациональный долг в Республике Афганистан, по завершении вернулся на кафедру, где работал в качестве ординатора, преподавателя и начальника кафедры, главного уролога МО РФ до своего увольнения с должности по выслуге лет. Затем организовывал и возглавил отделение урологии в клинике МЧС и в 2018 году был приглашен на должность руководителя НИЦ и клиники урологии в Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

Как известно, своим становлением хирург обязан не только собственному усердию и интересу к выбранной специальности, а и своим учителям-наставникам. Любой высококомпетентный врач становится таковым не сразу после окончания вуза. Проходит не один десяток лет, прежде чем его можно назвать профессионалом в своей области. Среди моих учителей я хотел бы выделить профессора Ивана Петровича Шевцова — начальника кафедры урологии в Военно-медицинской академии, который позволил мне на третьем курсе участвовать в работе научного кружка слушателей и посещать операционную, а после службы на флоте принял в клиническую ординатуру. В клинической ординатуре моим наставником был доцент Николай Семенович Левковский, терпеливо и вдумчиво обучавший меня практическим навыкам и прививший любовь к урологии. С большой теплотой я вспоминаю моего учителя профессора Питера Альтхауса, который в период нашего с ним знакомства возглавлял урологическое отделение Евангелической больницы в Берлине. Выпускник 1 ЛМИ, главный уролог ГДР, после объединения Германии продолжал профессиональное сотрудничество с коллегами из России. На протяжении шести лет я имел возможность проходить ежегодную четырехнедельную стажировку в клинике профессора П. Альтхауса, и основным направлением моего обучения были онкоурологические операции.

Какими навыками и чертами характера должен обладать хирург?

Дело в том, что в первую очередь хирургия — это большие физические и эмоциональные нагрузки. Где-то я слышал выражение, что хирурги — это как войска ВДВ, то есть врачебная элита.

Хирургия — это в определенной степени импровизация, так как нет одинаковых пациентов и операций. В ходе операции можно встретиться с самыми неожиданными вещами, такими как аномалии развития, более обширное распространение опухоли, в отличие от данных обследования, а также с развившимися осложнениями. Хирург должен быстро сориентироваться, принять единственно правильное решение.

Поэтому он должен обладать решимостью, способностью взять на себя ответственность. И, наверное, самое главное — любить больных, с этого надо начать. Кроме того, хирург часто сталкивается с человеческой болью. Настолько часто, что на это можно перестать обращать внимание. Очерстветь, потерять эмпатию в хирургии очень просто, но этому надо препятствовать!

*Какими должны быть
взаимоотношения в коллективе?*

С первых шагов в специальности хирург должен совершенствоваться – самостоятельно и под влиянием наставников. Операция, даже несложная и непродолжительная, может стать физическим и эмоциональным грузом. И чем дальше идет хирург в своем развитии, тем этот груз становится тяжелее. Поэтому принято считать, что необходимо оттачивать свои хирургические навыки. Это так, но также нужно постоянно совершенствовать в себе физическую и эмоциональную выносливость. Прежде всего, нужно понимать, что хирургия – это тяжелый и ненормированный по времени труд, где тебя иногда могут сопровождать неудачи.

Да, мануальные навыки остаются важным элементом и в современной урологии, несмотря на внедрение эндоскопии и роботической техники. Наряду с этим любой раздел хирургии подразумевает прекрасное знание анатомии и физиологии человека, а сегодня требованием дня становятся знания в таких разделах, как иммунология, генетика и биохимия. Основная проблема в образовании сегодня – это гигантский поток новой информации и интенсивная интеграция между медицинскими специальностями.



Урология как раздел хирургии не осталась в стороне от этих процессов. Вот поэтому хорошие базовые знания — это одно из условий успешного роста молодого хирурга, которые позволят ему лучше ориентироваться в новых перспективных направлениях.

Что бы Вы посоветовали тем, кто все-таки хочет стать хирургом?

Я, наверное, не сделаю никаких открытий. В первую очередь, это взаимное уважение между коллегами, особенно между старшими и младшими — вот что наиболее конструктивно и эффективно. Административная система, на мой взгляд, не лучший вариант общения, особенно с подчиненными, так как не всегда позволяет полностью раскрыться людям в плане их таланта, склонностей, предпочтений. Да, безусловно, должен быть контроль, четкий дедлайн в плане контроля поставленных задач. Но только взаимное уважение сотрудников, взаимовыручка могут позволить коллективу эффективно работать.

Отдел нейрохирургии

Руководитель — заведующий кафедрой нейрохирургии профессор Владислав Юрьевич Черebilло.

В настоящее время в структуру отдела входят:

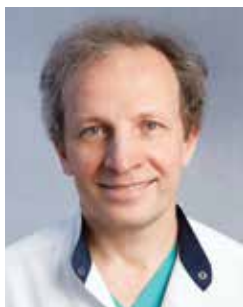
- Научно-исследовательская группа.
- Нейрохирургическое отделение № 1 (заведующий — Д. В. Горанчук).
- Нейрохирургическое отделение № 2 (заведующий — доктор медицинских наук Г. В. Гаврилов).

Отдел сформирован для научно-исследовательской работы по специальности «нейрохирургия» и организации оказания высокоспециализированной нейрохирургической помощи в ПСПбГМУ, а также для развития фундаментальных и прикладных исследований в области нейрохирургии. С самого первого дня создания отдел и входящее в его состав нейрохирургическое отделение стало активно использоваться не только в лечебном процессе НИИ хирургии неотложной медицины, но и в учебном процессе кафедры нейрохирургии и смежных кафедр Университета. С 2014 года в составе отдела нейрохирургии было одно отделение, а в 2022 году, в связи с увеличением объема клинических и научных исследований, увеличением потока па-

циентов сформировано второе нейрохирургическое отделение. Оба они оснащены всем современным нейрохирургическим оборудованием.

Основными направлениями научной деятельности отдела являются:

- прикладные и фундаментальные проблемы нейроонкологии;
- разработка новых технологий в эндоскопическом лечении аденом гипофиза и других новообразований ХСО головного мозга;
- использование кейхол-доступов в хирургии новообразований головного мозга;
- минимально инвазивные технологии в лечении грыж межпозвонковых дисков;
- микрохирургия и навигация в лечении опухолей головного и спинного мозга;
- использование эндоскопических монопортальных и бипортальных доступов в хирургии дегенеративных заболеваний позвоночника;
- применение технологии 3D-печати для изготовления индивидуальных навигационных матриц в хирургии травм и дегенеративно-дистрофических заболеваний



Владислав Юрьевич
Черebilло



Денис Валерьевич
Горанчук



Гаспар Владимирович
Гаврилов



позвоночника, в том числе с использованием стабилизирующих систем;

- внутрисосудистые и шунтирующие операции на сосудах головы и шеи;
- новые технологии в лечении болевых синдромов различной этиологии (радикулопатии, синдром оперированного позвоночника (FBSS, постламинэктомический синдром), комплексный регионарный болевой синдром 1 и 2 типов и другое).

Современные технологии, применяемые в отделе, позволили значительно улучшить результаты хирургического лечения пациентов с нейрохирургической патологией, снизив число послеоперационных осложнений и добиваясь минимальной, близкой к нулевой, летальности.

Ежегодно сотрудниками отдела проводится несколько обучающих мастер-классов по современным нейрохирургическим технологиям.

С 2015 года сотрудники отдела нейрохирургии НИИ хирургии и неотложной медицины успешно ведут научные разработки в рамках государственных заданий. За этот период опубликованы более 165 научных статей, выпущены несколько монографий и глав в учебниках и руководствах, получены пять патентов, более 200 научных докладов на симпозиумах, конгрессах и конференциях доложены в различных регионах страны и за рубежом.



Владислав Юрьевич Чербило

Руководитель отдела нейрохирургии НИИ хирургии и неотложной медицины

Заведующий кафедрой нейрохирургии

Доктор медицинских наук, профессор

Какая основная специализация отдела и основные направления?

Наш отдел — нейрохирургии. Соответственно, мы занимаемся лечением всех заболеваний центральной и периферической нервной системы, специализируясь, в основном, на высокотехнологичных нейрохирургических пособиях. В своей массе это несколько блоков: эндоскопическая нейрохирургия, хирургия нейроонкологических заболеваний, сосудистые заболевания головного мозга, естественно, различные заболевания позвоночника и спинного мозга, периферической нервной системы, ну и так далее.

Может быть, Вы расскажете о самых сложных операциях, которые выполняются на двух отделениях?

Два нейрохирургических отделения выполняют в год порядка 2,5 тысяч нейрохирургических пособий. 95 процентов из них относятся к категории высокотехнологичных нейрохирургических вмешательств. Мы проводим их практически при всех спектрах нейрохирургической патологии, которые сейчас есть в мире. Безусловно, учитывая современные тренды, в силу определенных обстоятельств мы специализируемся на минимально инвазивной хирургии, на эндоскопической хирургии, потому что это позволяет сохранить качество жизни пациентов.

Мы являемся лидерами, наверное, в России и отчасти в мире по эндоскопической хирургии основания черепа, по skull base surgery — таких операций выполняется порядка 300–400. У нас один из самых больших опытов этих вмешательств.

В клинике проводятся высокотехнологичные внутрисосудистые вмешательства при патологии сосудов головного и спинного мозга и открытые микрохирургические вмешательства по клипированию артериальных аневризм, артериовенозных мальформаций. Естественно, весь спектр дегенеративной патологии позвоночника тоже является объектом нашего интереса. И акцент сейчас идет в пользу минимально инвазивной хирургии. То есть если раньше подобные вмешательства требовали достаточно больших разрезов и больные находились в стационаре по две-три недели, то на сегодняшний момент мы имеем возможность отпустить их на следующий день после операции, сохранив качество жизни этих пациентов.

Какие из высокотехнологичных направлений являются действительно уникальными для Санкт-Петербурга, Северо-Запада? При каких нозологиях они используются?

Это, как уже говорилось, эндоскопическая хирургия основания черепа, и применяется она при следующих нозологиях: в первую очередь, конечно, в связи с аденомой гипофиза, порядка 80–90 процентов эндоскопических операций выполняются при этой патологии. Краниофарингиомы, то есть тоже опухоли, которые растут в полости турецкого седла и хиазмально-селлярной области. В последние годы очень активно развивается хирургия менингиом в этой зоне. Раньше это было недостижимо в связи с тем, что они относятся к категории высокососудистых образований и не было технической возможности убирать их доступом через нос. Сейчас такие технологии появились, и мы активно выполняем такие операции, соответственно, фактически исключив или ограничив трепанацию черепа. Ну и все другие патологии основания черепа, хордомы, хондромы, холестеатомы и так далее, являются предметом нашего интереса. И, соответственно, объектом нашей хирургии. Фактически современная эндоскопическая операция идет под наркозом порядка 20–30 минут.

Что можно сказать о научной деятельности отдела? Какие разработки ведутся? Перспективы на будущее.

Помимо клинических исследований, отдел нейрохирургии занимается научными проектами. Мы имеем ряд научно-исследовательских работ, заказанных Минздравом, по исследованию МРТ-плотности опухолей головного мозга и ее корреляции с хирургической оценкой аденомы гипофиза. Соответственно, с возможностью периоперационного гистологического сопровождения этих аденом и оценки их параметров, которые влияют на качество хирургии. Работу, которую мы начали уже несколько лет тому назад и, соответственно, продолжаем. Кроме того, наш отдел занимается рядом исследований по эндоскопической хирургии позвоночника, и мы разработали



технологии бипортальных эндоскопических доступов. То есть соединили в себе преимущества микрохирургии, которые были раньше, и монопортальной эндоскопии, которая имеет определенные ограничения, потому что через один канал не всегда можно качественно манипулировать. Бипортальный эндоскопический доступ позволил фактически соединить преимущества микрохирургии и монопортальных эндоскопических доступов.

Кроме того, у нас проводятся исследования по созданию гибридной операционной с возможностью работы в ней стереотаксического робота, который позволяет заменить нейрохирурга на ряде этапов хирургического вмешательства, увеличив точность хирургических манипуляций и, соответственно, доступность ряда мишеней.

Это, как правило, касается выполнения стереотаксических биопсий, каких-то эндоскопических глубинных процедур. Мы проводим такое исследование совместно с рядом предприятий города, уже имеется первичный макет биоробота. Соответственно, дальше планируется применить его в жизнь.

Можно ли его показать?

Думаю, что на данном этапе нет. Поскольку это робот, он должен пройти стадию клинической апробации, и мы сейчас можем его только использовать на макетах, на животных. Его возможности превышают точность и скорость манипуляций традиционных моделей. Но надо получить разрешение Минздрава, а это не так просто, как кажется.

Было ли уже что-то подобное?

Нет, это первая модель.

С какими проблемами приходится сталкиваться при работе?

Современные реалии вносят определенные коррективы в нашу рутинную хирургическую деятельность. Потому что особенности логистики, к которым мы привыкли на протяжении последних десятилетий, в значительной степени пострадали в последние годы. Соответственно, на сегодняшний момент мы не имеем возможности получать ряд позиций, к которым привыкли. Но появляются достаточно мощные аналоги, которые требуют адаптации и, соответственно, тоже могут использоваться в нейрохирургической деятельности. Да, есть определенные сложности по их адаптации, но это лишь вопрос времени. И, соответственно, привычки.

Что Вы скажете о технологическом оснащении отдела?

На сегодняшний момент в операционных мы оснащены всем перечнем нейрохирургического оборудования, которое только может быть представлено в мире. То есть у нас есть три микроскопа, причем последний мы получили буквально в прошлом году. Это самая современная модель, которая только есть в мире. Микроскоп Zeiss Kinevo, обладающий всеми оптическими возможностями, включает в себя онкомодуль, который позволяет подсвечивать опухоль, сосудистый модуль, который позволяет видеть сосуды аневризмы во время операции, определять в них кровоток и так далее. У нас есть навигационная система для точного определения мишени, ультразвуковой дезинтегратор, который позволяет разрушить опухоль. Есть эндоскопические стойки, набор хирургического инструментария.



*«На сегодняшний момент в операционных мы
оснащены всем перечнем нейрохирургического
оборудования, которое только может быть
представлено в мире»*

*Расскажите о себе как руководителе
отдела нейрохирургии. Кого бы Вы
могли назвать своим учителем?*

У меня несколько учителей. Наверное, есть ряд личностей, которые на определенных этапах моей профессиональной деятельности оказали очень серьезное влияние на формирование меня как нейрохирурга, в частности академик Борис Всеволодович Гайдар. Когда я начинал, он был руководителем кафедры нейрохирургии Военно-медицинской академии. И это тот человек, который очень многое дал для понимания вообще профессии нейрохирургии, его операции в тот период времени вызывали восхищение и были образцом нейрохирургической точности. Многому научил меня профессор Валерий Евгеньевич Парфенов – нынешний почетный руководитель Института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. Своим учителем я также могу назвать Александра Игоревича Верховского, доктора наук, который был моим первым заведующим отделением, и благодаря ему я тоже очень многое понял. В области хирургии основания черепа не могу не назвать профессора Виктора Робертовича Гофмана, который очень многому меня научил.

Я уже не говорю о том, что, конечно, становление современного нейрохирурга невозможно без изучения опыта других коллег и клиник. Для того чтобы сформироваться, в свое время пришлось съездить и в другие клиники мира в Италию, Германию, Францию, Австрию, другие страны, поучиться там у ведущих нейрохирургов того периода времени и тоже получить определенный ряд знаний, опыт.

Иногда можно приехать в какую-то клинику, может быть, не очень известную, где работает не топ-хирург, но у него есть нюанс, вещь, которая что-то меняет, и она тебе она нравится, и ты приносишь ее в рутинную деятельность, потом передаешь своим ученикам. Всем это нравится. Мелочь может оказать влияние на дальнейший ход.





***Что важно во взаимоотношениях
с учениками и коллегами?***

Главное, чтобы у учеников было желание заниматься нейрохирургией. Наша специальность очень сложна и переживает достаточно непростое время, потому что многие студенты, которые к нам приходят, хотят быть только косметологами и вообще не собираются идти в серьезную медицину. А нейрохирургия — это вершина. И не только профессиональная, но и вершина труда. И не все готовы к такой работе, которая занимает львиную долю времени с утра и до вечера, и ночью. В субботу и в воскресенье тебя могут вытащить из дома на какие-то случаи, и ты должен быть готов к этому на протяжении всей своей жизни. И мне очень радостно, когда молодым ребятам нейрохирургическая деятельность тоже интересна, это всегда воодушевляет тебя как педагога.

Недавно мы проводили Всесоюзную олимпиаду по нейрохирургии среди студентов старших курсов и разработали для них очень много серьезных конкурсов. С моей точки зрения, это была лучшая олимпиада в России, потому что таких заданий еще никто не придумывал. И было очень здорово смотреть, когда у этих команд, у этих ребят горят глаза и они хотят познать, хотят что-то сделать, увидеть. За ними — будущее нейрохирургии. Когда я пришел сюда, здесь был маленький состав нейрохирургов. Сейчас мы разрослись на два отделения, кафедру, научно-исследовательский отдел и так далее. Часть своих учеников я привел сюда, и многие из них уже стали лидерами в своих направлениях, являются высокопрофессиональными нейрохирургами. Часть более молодых развиваются, и они придут нам на смену!

**Что самое главное для нейрохирурга?
Какими чертами характера он
должен обладать?**

Как и для любого врача — в первую очередь, это порядочность, безусловно это знания и профессионализм, и, конечно, сострадание и желание помочь пациенту. Тут нет каких-то особых черт, которые могли быть свойственны только нейрохирургу.

А хирургу?

Да и хирургу тоже. Я не сторонник разделения — вот направо терапевты, налево — хирурги. Во-первых, у нас единая врачебная профессия, современный нейрохирург, если не знает основ медикаментозного лечения, то он непрофессионал. Точно так же и современный терапевт. Если он не в курсе, что какие-то нозологические формы успешно лечатся хирургически, не знает методов обследования и диагностики, он непрофессионален, узко мыслит, если может выписать только какую-то таблетку. Кстати, очень часто именно на стыке специальностей как раз и рождаются какие-то новые работы, новые научные исследования.

У нас сейчас вообще концепция мультидисциплинарного подхода, и зачастую одной головы мало для того, чтобы решить сложную проблему. Иногда для этого надо собраться втроем, вчетвером, впятером. Допустим, есть пациент с опухолью основания черепа, где опухоль врастает в орбиту, в головной мозг, в полость носа и так далее. И каждый из специалистов понимает, что в одиночку ее не победить. Очень часто мы собираемся с Сергеем Анатольевичем Карпищенко, эту опухоль совместно обсуждаем. Вот этот узел они через нос уберут из гайморовой полости, еще что-то — из решетчатого лабиринта. Второй фрагмент сверху в полости черепа мы уберем микрохирургически или вместе проведем блок-резекцию, далее сделаем пластику основания черепа и так далее, и так далее. Точно так же и с другими специалистами. Вот Денис Валерьевич Горанчук только недавно оперировал совместно с нашими абдоминальными онкологами, потому что там опухоль из креста врастала в малый таз. Естественно, нейрохирург хорошо владеет техникой манипуляции внутри позвоночника, но в области малого таза его знания будут уступать онкологу, который работает в этой зоне и, наоборот, онкологи из малого таза как только заходят в позвоночник, то для них это более сложно, дифференцировать невральные структуры является чем-то необычным. А вот когда собираются два специалиста в одной операционной над одним больным, и результат очень хороший, и гигантская опухоль удалена, нет неврологического дефицита, значит, все правильно сделано.

**Какие советы Вы дадите молодым
врачам?**

Наверное, главный совет — читать и читать. Сейчас многие как-то переходят в видеорежим и, в общем, молодежь живет в компьютере. Это нормальное веяние времени, но даже в сети можно находить разную медицинскую информацию. Важно ее постоянно получать правильно. И, соответственно, те люди, которые читают международные публикации, статьи, профессиональные издания, они по умолчанию более грамотные и более обучены, чем те, кто только «видосики» смотрит.

**Я говорю всем молодым нейрохирургам, ординаторам —
у вас должна быть постоянно настольная книга,
современный нейрохирургический журнал.**

Есть промежуток между операциями, получили больного с какой-то нозологией, посмотрели его и параллельно нашли какую-то статью по этой нозологии. Может быть, есть какие-то другие взгляды на жизнь, новые подходы, они в нашей специальности развиваются космическими темпами. То есть вчера был один, сегодня — другой, послезавтра появляется третий, новые молекулы, новые инструменты. Если ты не будешь читать ежедневно, то отстанешь, поезд уйдет, а ты останешься на этом полустанке.

Научно-клинический центр оториноларингологии

Руководитель — профессор кафедры оториноларингологии Марина Андреевна Рябова.

Основными направлениями научной деятельности центра являются:

- разработка новых малоинвазивных методов оперативного лечения воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа, глотки, гортани и структур среднего уха;
- совершенствование методик лазерной хирургии заболеваний верхних дыхательных путей и разработка новых методик с учетом появления новых длин волн и расширением спектра заболеваний, которые можно лечить с использованием методов лазерной хирургии;
- проведение экспериментальных исследований на биологических тканях для апробации новых лазерных технологий и внедрение полученных результатов в практику оториноларинголога;
- подбор новых консервативных методов лечения для пациентов с хронической патологией верхних дыхательных путей;
- разработка диагностических методик и малоинвазивных методов хирургии храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС);
- разработка малоинвазивной эндоназальной хирургии слезных путей.

Сотрудниками отдела оториноларингологии НИИ хирургии и неотложной медицины ведутся науч-

ные наблюдения в рамках многоцентровых клинических исследований.

С 2015 по 2023 год успешно проведены научные разработки в рамках государственных заданий. За этот период опубликовано более 150 научных статей, получено 15 патентов, сделано более 300 научных докладов в различных регионах страны и за рубежом.

Отдел оториноларингологии активно взаимодействует с отделом торакальной хирургии, с Центром лазерной медицины и отделением рентгеновской компьютерной томографии № 2 Университета.

Многолетнее творческое сотрудничество с кафедрой офтальмологии позволило разработать систему диагностики и целый спектр хирургических методов лечения различных заболеваний слезных путей.

Проводятся научные исследования совместно с отделом патоморфологии, имеются публикации и выступления, в том числе на международной конференции.

Тесное сотрудничество с отделением респираторной терапии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова позволило повысить качество диагностики СОАС и расширить показания к хирургическому лечению храпа и СОАС.

Творческое взаимодействие с Санкт-Петербургским государственным электротехническим университетом им. В. И. Ульянова (Ленина) посвящено разработке мобильного приложения для оценки акустических параметров храпа.

Оперирует
Марина Андреевна
Рябова





Сергей Анатольевич Карпищенко

Заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой,
проректор по международным связям

Доктор медицинских наук, профессор

**Каковы основная специализация
клиники оториноларингологии и ее
приоритетные направления?**

В клинике активно развиваются все направления специальности. Особое значение придается малоинвазивным техникам проведения хирургических вмешательств. Самый большой объем операций связан с функциональной эндоскопической синусохирургией всех категорий сложности. Исторически активно используются лазерные технологии в фонохирургии, также лазер применяется в ринологической практике: при вмешательствах на носовых раковинах и возвышении перегородки носа, рассечении синехий, дакриоцисториностомии, удалении новообразований полости носа и носоглотки.

**Расскажите, пожалуйста, о наиболее
сложных операциях, выполняемых
в клинике.**

Технически сложными являются эндоскопическая эндоназальная синусохирургия и хирургия основания черепа, так как речь идет о проведении вмешательств в ограниченном костными границами пространстве, рядом с жизненно важными структурами. Наиболее труднодоступная — лобная пазуха, что продиктовано особенностью расположения и близостью орбиты и полостью черепа. Не стоит недооценивать и верхнечелюстную пазуху. По данным мировой статистики, на долю вмешательств на максиллярном синусе приходится один из самых высоких процентов повреждения орбиты. Разработанная на кафедре методика проведения вмешательства на верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход является малоинвазивной и практически исключает риски орбитальных осложнений.

**Какие методики диагностики или
лечения в клинике Вы назвали бы
уникальными?**

Лазерная интерстициальная термотерапия новообразований носоглотки, эндоназальное эндоскопическое удаление костных новообразований из околоносовых пазух. В нашей клинике имеется одна из наибольших серий в мире по удалению остеом без наружных разрезов — порядка 270. Проводятся нерезекционные операции на небе по поводу обструктивного апноэ сна и ринохопатии.

**Хотелось бы поинтересоваться, что
внедрено в работу НИИ хирургии
и неотложной медицины за время
Вашей работы?**

Возможность комплексного и коллегиального подхода к диагностике и лечению пациента, начиная с приемного отделения. Разделение на «зеленую», «желтую» и «красную» зоны является важным моментом на этапе вызова специалиста, что диктует приоритетность по временным рамкам к оказанию помощи. Внедрены и активно применяются методика дилатационной трахеотомии, баллонная дилатация стенозов гортани и трахеи, лечение паралитических стенозов гортани у пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах шеи и щитовидной железе. Разрабатываются и совершенствуются методы анестезиологического пособия — использование ларингеальных масок, высокочастотной вентиляции легких. Применяются способы контроля и снижения кровопотери



«Самое сложное в профессии хирурга — не терять бдительность даже в самой спокойной обстановке, сохранять „профессиональный тонус“, уметь распознать опасные ситуации там, где нет к тому явных предпосылок»

при проведении оториноларингологических операций. Проводится анализ особенностей и патологических состояний околоносовых пазух с использованием искусственного интеллекта. Большой объем работы выполняется с челюстно-лицевыми хирургами и офтальмологами – реконструкция орбитальных стенок, трансоральный подход к шиловидному отростку.

Каковы, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы, стоящие сегодня перед хирургией в оториноларингологии?

Прежде всего, речь идет о доступности квалифицированной и высокотехнологичной помощи в масштабе всей страны, в том числе с учетом географических особенностей.

Важно поддерживать высокую квалификацию хирургов в регионах с небольшой численностью населения.

Чрезмерный документооборот усложняет профессиональную деятельность хирурга. Двухлетняя подготовка оториноларингологов недостаточна, поскольку специальность требует освоения большого количества сложных операций, в том числе умелого и бережного использования высокотехнологичного оборудования.



Какими Вам представляются перспективы развития клиники оториноларингологии и НИИ хирургии?

Клиника работает на высоком современном уровне. Поддержание этого уже само собой является важной и трудоемкой задачей. Мы продолжим междисциплинарное взаимодействие в рамках отделов и клиник НИИ. Содружество разных специалистов всегда открывает самые неожиданные возможности.

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга?

Трудолюбие, выдержанность, способность владеть собой в экстренных ситуациях, умение уравнивать операционную бригаду, передавать коллегам уверенность.

Важно уметь работать в коллективе и прислушиваться к коллегам. Сплоченная работа в команде — залог успеха.

Современный врач должен постоянно самосовершенствоваться, поддерживать квалификацию, знакомиться с современными научными и практическими трудами не только в рамках своей школы.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

Моим первым наставником в специальности была Марина Андреевна Рябова, бывшая в то время ассистентом кафедры; в настоящее время она профессор. Нашим общим учителем стал профессор Мариус Стефанович Плужников — создатель школы, известный на весь мир оториноларинголог. Разумеется, являясь его последователем, храню и чту традиции кафедры. И было принято решение посвятить его памяти конференцию — Плужниковские чтения, которая является ежегодной и проводится с 2008 года. Очень многое в моей профессиональной жизни связано и с Владимиром Николаевичем Филимоновым, с которым мы, к сожалению, в этом году простились.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

Уважительное отношение, давать возможность расти и развиваться, делиться своим профессиональным и жизненным опытом. С этой целью мы проводим ежедневное коллегиальное обсуждение клинических наблюдений, результатов научных публикаций. У нас осуществляются большие научные и клинические проекты, что очень сплачивает коллектив. Это, например, подготовка учебника для студентов, перевод специализированной литературы, выпуск тематических номеров журналов.

Что самое сложное в Вашей профессии?

Самое сложное в профессии хирурга — не терять бдительность даже в самой спокойной обстановке, сохранять «профессиональный тонус», уметь распознать опасные ситуации там, где нет к тому явных предпосылок. Видеть пациента не только в рамках своей специальности, и в этом нам очень помогает НИИ хирургии.

Что бы Вы посоветовали молодым врачам, которые не мыслят свою жизнь вне хирургии?

Развивать умение гасить амбиции и правильно оценивать свои возможности, не стесняться обращаться за помощью к коллегам вовремя, и не только к старшим. Научиться переступать через межличностные конфликты, если речь идет о безопасности и здоровье пациента. Продолжать учиться всю жизнь, ведь самосовершенствование и усердие делают нас профессионалами своего дела. И, безусловно, быть влюбленными в специальность.

Сурдологопедический кабинет



**Мария
Юрьевна
Бобошко**

Руководитель
сурдологопедического кабинета
НИИ хирургии и неотложной
медицины

Заведующая лабораторией слуха
и речи

Доктор медицинских наук,
профессор



**Софья
Модестовна
Вихнина**

Заведующая сурдологопедическим
кабинетом НИИ хирургии
и неотложной медицины

Кандидат медицинских наук

С 2022 года заведующей кабинетом является врач сурдолог-оториноларинголог, кандидат медицинских наук Софья Модестовна Вихнина. Наряду с врачами (сурдологами, неврологом) в подразделении работают медсестры-аудиометристы, логопеды, учителя-дефектологи, инженеры-акустики.

Основной задачей кабинета является оказание консультативно-диагностической помощи больным со слухоречевыми расстройствами, в первую очередь пациентам ЛОР-клиники и других клиник Университета, а также больным по направлениям медицинских учреждений Санкт-Петербурга и других регионов России.

С 1971 года сурдологопедический кабинет является научно-практической базой лаборатории слуха и речи НИЦ, располагающей широким арсеналом современной аудиологической аппаратуры, необходимой для обследования и реабилитации пациентов с нарушениями слуха.

Диагностика слуховых расстройств включает тональную пороговую, надпороговую и речевую аудиометрию, импедансометрию, объективную и субъективную шумометрию, регистрацию разных классов слуховых вызванных потенциалов и отоакустической эмиссии, комплекс методик по оценке состояния





центральных отделов слуховой системы. В процессе реабилитации пациентам с тугоухостью осуществляется индивидуальный подбор и настройка слуховых аппаратов, проводятся сурдопедагогические занятия с использованием оригинальных компьютерных программ, логопедические занятия по исправлению дефектов речи. Еще одним направлением работы сурдокабинета является формирование речи у больных после экстирпации гортани, обучение работе с голосообразующим аппаратом, а также фонетические занятия по коррекции голосовых расстройств.

Каждый год подразделение по-особенному отмечает 3 марта, объявленный ВОЗ Международным днем

слуха. В эту дату любой желающий может пройти скрининг-проверку состояния слуха, по результатам которой при необходимости пациент направляется на углубленное обследование.

Сотрудники кабинета участвуют в научных исследованиях лаборатории слуха и речи и кафедры оториноларингологии, в подготовке учебно-методических пособий, проведении курсов профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей по сурдологии-оториноларингологии. Все врачи-сурдологи являются действующими членами научных обществ и национальных медицинских ассоциаций оториноларингологов и сурдологов-оториноларингологов.

Отдел торакальной хирургии

Руководитель — профессор Андрей Леонидович Акопов.

Отдел торакальной хирургии сегодня является ведущим научно-практическим подразделением России в области хирургии легких, плевры, средостения, грудной стенки, пищевода. Сформирован на базе соответствующего подразделения НИИ пульмонологии, история которого связана с именами выдающихся хирургов и ученых — академика АМН СССР Ф. Г. Углова, члена-корреспондента РАМН Н. В. Путова, члена-корреспондента РАН Ю. Н. Левашева. В структуру отдела входит клиническое подразделение — отделение онкологии № 4 (торакальной хирургии) — заведующий доктор медицинских наук Сергей Юрьевич Дворецкий.

Руководитель отдела А. Л. Акопов является одним из ведущих специалистов в области торакальной хирургии и торакальной онкологии в России и Европе. В составе отдела — большая группа талантливых молодых перспективных торакальных хирургов, эндоскопистов и онкологов. Глубокое знание биологических и патофизиологических основ медицины, широкая эрудиция, практическая направленность и высокая хирургическая техника отличают сотрудников подразделения. Основные направления клинической и исследовательской работы связаны с хирургическим и комбинированным лечением рака легкого и рака пищевода,

хирургией трахеи, эндоскопическими методами лечения, лазерными технологиями, фотодинамической терапией, хирургическим лечением эмфиземы легких, диагностикой и лечением новообразований средостения, плевры, грудной стенки, диафрагмы. Новое для нас направление — операции торакального профиля у детей и подростков. Около 80 процентов хирургических вмешательств выполняется с помощью современных малоинвазивных эндоскопических технологий. Сотрудники отдела проходили стажировки в ведущих клиниках Европы и России, выполняют сложные комбинированные, расширенные реконструктивно-восстановительные, органосохраняющие вмешательства на органах грудной полости. Отдел торакальной хирургии — единственное подразделение Северо-Западного региона страны, где выполняются трансплантации легких. На его базе ежегодно проводится научно-практическая конференция по торакальной хирургии с привлечением ведущих хирургов страны и Европы. С 2014 года защищены три докторские и восемь кандидатских диссертаций, результаты исследований публикуются в ведущих отечественных и мировых научных журналах, докладываются на самых престижных международных конференциях.



Андрей Леонидович
Акопов



Сергей Юрьевич
Дворецкий

Андрей Леонидович Акопов

Руководитель отдела торакальной хирургии
НИИ хирургии и неотложной медицины

Заведующий кафедрой клинической анатомии
и оперативной хирургии им. проф. М. Г. Привеса,
профессор кафедры хирургии госпитальной № 1 с клиникой

Доктор медицинских наук, профессор



*Расскажите, пожалуйста, об
отделе торакальной хирургии,
его специализации, основных
направлениях и истории.*

Грудная хирургия — то, что называется торакальной или легочной хирургией, начиналась в Ленинграде—Санкт-Петербурге в нашем Университете, ее родоначальником был академик Федор Григорьевич Углов. Его сотрудники и те, кто работал после него, сделали очень много для развития этого направления в стране. И я думаю, что и в Европе тоже. Множество операций на легких, на трахее, на грудной стенке в стране, в Ленинграде и на Северо-Западе впервые были выполнены именно в нашем Университете. Я обязан перечислить некоторые фамилии: это Николай Васильевич Путов, который много лет был директором Всесоюзного института пульмонологии — чрезвычайно авторитетная личность, и Юрий Николаевич Левашов — выдающийся хирург, внесший огромный вклад в нашу специальность. По моему мнению, он создал очень сильную и большую школу торакальной хирургии, его ученики сегодня возглавляют практически все центры торакальной хирургии в Санкт-Петербурге, его хорошо знают и за границей. И мы старались не отставать от наших учителей, и в последние годы в отделении, которое они нам оставили, сложился очень сильный молодой, прогрессирующий коллектив, внедряющий самые последние мировые разработки. Очень много в современной хирургии зависит от технического обеспечения, стараемся не отставать и в этом аспекте. У нас есть большое количество современных технических помощников, средств для того, чтобы выполнять хорошие, нужные пациентам операции.

*Можно ли перечислить сложные
операции?*

Пик торакальной хирургии — это трансплантация легких. В нашем центре выполнено несколько таких операций. И если иметь в виду, что это был первый опыт, то его можно назвать достаточно успешным. Мы являемся одними из лидеров в стране по хирургии трахеи.

Это сложная хирургия. Далеко не все могут организовать такую помощь пациентам на высоком уровне. Наш центр известен и за рубежом как один из лучших в этом направлении. И нам удалось внести некоторые инновации в подходы к операциям на трахее.

Мы рутинно внедрили в клиническую практику проведение операций на трахее без интубации трахеи с использованием особых возможностей современной анестезиологии, в частности ларингеальной маски, и так далее. Это позволяет облегчить технику наложения анастомозов, выделения трахеи. Особенно это актуально, когда операция выполняется при наличии трахеостомы, то есть сообщения трахеи с передней поверхностью шеи.

Это технически очень непростые, тонкие, операции, здесь имеет значение каждый вкол иглы, степень натяжения каждой лигатуры. Даже если мы чуть-чуть облегчаем работу хирурга, это может принципиально повлиять на



«Торакальная хирургия — это специальность, характеризующаяся, на мой взгляд, экстремальными сложностью и риском»

успех лечения. Мы одними из первых в стране внедрили субкисфоидальный доступ при операциях на средостении — разрез в этом случае производится не между ребрами, не пересекается грудина, как это делается стандартно. Небольшой разрез под грудиной позволяет радикально удалить опухоли переднего средостения с минимальной травматизацией для пациента.

Относительно новое для нас направление — операции торакального профиля у детей и подростков. Благодаря сотрудничеству с клиникой НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии Университета наши торакальные хирурги обладают самым большим опытом проведения в стране операций после трансплантации костного мозга, у больных с врожденными злокачественными опухолями, с грибковыми осложнениями. Это уникальные, самые сложные для лечения пациенты.

Что можно сказать о научных направлениях отдела, об исследованиях, которые сейчас ведутся.

Наше отделение занимается всеми вопросами торакальной хирургии, но больше половины пациентов и, соответственно, наши научные исследования связаны с онкологией. Речь здесь идет о злокачественном поражении легких и пищевода. Уже много лет мы исследуем вопросы флуоресцентной диагностики злокачественных опухолей и метастазирования злокачественных опухолей на основе той же флуоресцентной диагностики, что позволяет определить очаги злокачественного поражения во время операции и тем самым повысить радикальность вмешательств.

Это направление изучается буквально несколькими группами исследователей в мире, и нашу группу знают за рубежом как одну из наиболее прогрессирующих. Конечно, есть определенные сложности. Нарушены контакты с коллегами, и мы это ощущаем. Имеются проблемы с получением некоторых расходных материалов. Но в целом есть некоторый прогресс, о котором мы активно докладываем на конференциях.

Другие направления связаны с хирургией такого очень сложного заболевания, как эмфизема легких. В основном, это проблема курильщиков, но болезнь также может возникнуть из-за врожденных генетических аномалий. Этой хирургией занимаются буквально два-три центра в стране, и наш объективно является самым сильным. Пациенты приезжают к нам со всей России.

Другие направления исследований связаны с проведением операции у исходно тяжелых пациентов со значимой, тяжелой сопутствующей патологией. К примеру, если у пациента большое сердце и он требует специальной подготовки к операции, мы привлекаем кардиохирурга, кардиолога, специалистов смежных специальностей. У нас разработаны специальные программы подготовки больных к самым сложным операциям для минимизации их риска. И здесь мы так же, как я считаю, являемся одними из лидеров в стране.

Выделю и внутривидовое эндоскопическое лечение заболеваний пищевода, которые до недавних пор в нашей клинике лечились путем больших травматичных операций. Прогресс эндоскопии здесь настолько высок, настолько значим, что многих пациентов сегодня можно полностью вылечить без всяких разрезов. В стране эта технология существенно отстает. А вот именно наш Университет является здесь очевидным абсолютным лидером, и некоторые операции можно считать просто уникальными.

А если сравнивать с Москвой?

Даже в Москве и в этом направлении, да и в остальных, которые я перечислил выше, на нас смотрят с некоторой завистью. Правда, в других случаях с завистью смотрим на них мы.

Есть ли какие-то перспективы развития отдела в будущем?

Любые перспективы связаны с кадрами. Мы уделяем большое внимание подготовке молодых специалистов. Очень важно, чтобы в процессе обучения и роста они прошли именно школу нашего учреждения: принципы ухода за больными, внимательное отношение к пациенту.

Важна не конвейерная, а индивидуальная работа с каждым нуждающимся в помощи, а также умение выхаживать пациента после операции.

Ну и, конечно, высокий уровень мануальных навыков. Это то, что характеризует наш коллектив, в этом плане мы стараемся развиваться и передавать эти принципы нашим молодым коллегам.

За последние полтора года несколько наших сотрудников переехали в Москву в один, вновь созданный новый центр торакальной хирургии. И сегодня это лидеры в Москве. Это, наверное, о многом говорит. Школа нашего Университета – на абсолютно высоком уровне.

Что самое главное во взаимоотношениях в хирургическом коллективе?

Одной из сильных сторон нашего коллектива является очень хороший уровень единомыслия. Все, кто к нам приходят, отмечают дух дружбы, взаимопомощи вне зависимости от пола и возраста.

Мы делаем одно дело, помогаем друг другу, с уважением друг к другу относимся. Все это очень тоже важно для достижения успеха. Думаю, вот эта поддержка внутреннего, если так можно выразиться, духа, климата, доброжелательности, взаимопомощи – принципиально важный момент для хорошего развития. Например, мы часто проводим время вместе и вне работы – на базе в Васкелово, посещаем кафе и рестораны Петербурга.



Если есть возможность, надо как-то уделять друг другу время, улыбаться и приносить радость хорошими словами и поступками, танцами, пением и так далее. Это большая часть нашей жизни.

Ну, и, конечно, генерация новых идей. Для этого нужно слушать коллег, стараться ездить к ним, смотреть, как другие работают, приглашать других к нам. То есть очень важен обмен опытом. Авторитет нашей клиники в стране очень высок, поэтому слушают и нас, и, соответственно, мы.

С какими учреждениями, институтами вы сотрудничаете?

Нас связывает особая дружба с некоторыми московскими центрами: это Российский онкологический центр им. П. А. Герцена, Российский онкологический центр им. Н. Н. Блохина, Сеченовский университет, несколько онкологических больниц в Москве, с которыми мы тесно общаемся, нередко приглашаем коллег в гости. Очень сильный, может быть, один из самых прогрессивных в стране — Центр грудной хирургии в Краснодаре. У нас оперировал руководитель этого центра академик В. А. Порханов, и почти все наши сотрудники ездили к нему на стажировки. В Петербурге мы тесно сотрудничаем кафедрой торакальной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, с НИИ фтизиопульмонологии. И руководители кафедр и коллективов тоже имеют тесные контакты с нашим отделением.

Также я бы хотел назвать и региональные центры — Центр торакальной хирургии в Самаре, группу хирургов из Казани, из Мурманска. С ними у нас тоже хорошее взаимодействие. Но в целом — так как к нам приезжают больные со всей страны, включая Дальний Восток, Камчатку и так далее, то, значит, нас все знают, и мы рады, когда удастся пообщаться с каждым коллегой.

Что самое главное в работе торакального хирурга?

Торакальная хирургия — это специальность, характеризующаяся, на мой взгляд, экстремальными сложностью и риском. Ведь мы работаем на крупных сосудах, которые или выходят из сердца, или впадают в него. При этом сердце движется, работает, оно не остановлено. И малейшая неточность действия хирурга может привести к катастрофическим последствиям, которые месяцами потом надо будет решать, если пациент вообще выживет. Не каждый может быть торакальным хирургом, здесь необходима очень высокая степень ответственности. На мой взгляд, это вообще вершина хирургии, и, конечно, доступна она не каждому. Но те, кто добивается в ней успеха, действительно лидеры научной мысли хирургии, лидеры практического хирургического навыка. Они же и учат хорошо.

Кого бы Вы могли назвать своими учителями?

Многие люди, с которыми я общаюсь, что-то мне дали в жизни. Но основных учителей у меня два, я их уже называл. Это Николай Васильевич Путов и Юрий Николаевич Левашов — выдающиеся личности, хирурги, ученые. Первый из них был носителем высочайшего хирургического интеллекта, он создал, возможно, лучший в Ленинграде, в Петербурге, а может быть, и в стране коллектив не только в области торакальной хирургии, но и в хирургии в целом, и в пульмонологии. А Юрий Николаевич Левашов — именно хирург в полном смысле этого слова — он брался за операции, которые до него никто не делал, он нигде не мог «подсмотреть» и всегда с блеском их выполнял. У него никогда не было глупых неудач, всегда все было обосновано. И он тоже создал очень сильный коллектив своих последователей. И для меня большая честь, что я могу считать себя учеником вот этих выдающихся людей, всегда говорю о них в превосходной степени.

Вообще, если важно личное впечатление, считаю, что мне в жизни очень повезло на разных этапах пересекаться и даже дружить с выдающимися хирургами. Это не только мои учителя, но также коллеги из других городов и стран. Я учился в Лондоне, и там просто сильнейшие специалисты. Еще

в 1990-х годах мне удалось внедрить технологии, которые я там увидел впервые, в нашем Университете, что стало прорывом. И в России много очень сильных специалистов, у нас есть у кого учиться, это обязательно нужно делать. И молодежь должна идти в эту специальность. Хотя сегодня это не самая популярная работа, во многом из-за высокой нагрузки, высокой ответственности и относительно низкого материального обеспечения.

Расскажите, пожалуйста, о сложных случаях в Вашей практике.

Сложным случаем надо считать любую операцию. Каждый сотрудник в нашем коллективе воспитан так, что он боится ошибки. Не всех хирургов так учат. Но у нас — ты не должен совершить ошибку, каждый промах — это катастрофа. И важно не столько, что тебя за нее накажут, сколько ты сам потом будешь сильно переживать и некомфортно себя чувствовать. Вот это привито всем. Я считаю, что каждая маленькая операция требует очень серьезного подхода, так же, как и операция на грани риска человеческой жизни. Немножко пафосно, может быть, но я искренне так думаю.

Вы кратко перечислили трудности, с которыми сталкиваются специалисты торакальной хирургии. Может быть, есть еще более глобальные проблемы, стоящие перед вами?

Проблема — не всегда высокая материальная награда за сложный труд, и мне не стыдно об этом говорить, это очень важно. Особенно если сравнить с другими направлениями хирургии, которые гораздо больше востребованы в коммерческих клиниках. Этот аспект, высокая ответственность, выносливость, техническая сложность операций — все влияет на выбор специальности выпускниками медицинских университетов. Молодежь не так активно идет в торакальную хирургию, как в специальности, где можно больше зарабатывать гораздо меньшими усилиями. Вот это очень важно, об этом следует громко говорить.



Отдел трансплантологии и органного донорства

Отдел трансплантологии и органного донорства существует с 2012 года. С момента основания им руководил доктор медицинских наук, профессор Олег Николаевич Резник, который скоропостижно скончался в марте 2024 года. О. Н. Резник многие годы являлся неоспоримым лидером в области трансплантологии и органного донорства в Санкт-Петербурге, именно он заложил основные направления научной работы отдела. После его ухода руководство было доверено его ученику и последователю кандидату медицинских наук Алексею Николаевичу Ананьеву.

Отдел включает в себя:

- Хирургическое отделение № 6 (по пересадке печени и почек). Заведующий — А. А. Кутенков.
- Хирургическое отделение № 7 (по координации донорства органов и тканей).

В задачи хирургического отделения № 6 входят формирование листов ожидания пересадки почек и печени; подготовка пациентов к операции и выполнение трансплантаций; сопровождение пациентов после трансплантации органа на всем протяжении функции органа; амбулаторное наблюдение пациентов с пересаженным органом. Здесь выполняются операции по пересадке почки от родственного донора и в том числе от донора с иной группой крови, чем у реципиента (ABO разнотипная трансплантация почки); операции

по формированию и реконструкции сосудистых доступов для гемодиализов (артериовенозные фистулы), в том числе с применением современных эндоваскулярных методов. Разработаны и применяются уникальные лапароскопические методы хирургического лечения пациентов со спонгиозной болезнью для подготовки к трансплантации почки. Также осуществляется хирургическое лечение осложнений минерального обмена у пациентов, получающих лечение диализом (вторичный и третичный гиперпаратиреоз), а именно — удаление паращитовидных желез (паратиреоидэктомии).

В задачи хирургического отделения № 7 входит организация и выполнение эксплантации органов и тканей у посмертных доноров, консервация и транспортировка органов к реципиенту. Также выполняется



Олег Николаевич
Резник



Алексей Николаевич
Ананьев



Алексей Анатольевич
Кутенков

заготовка тканей человека от посмертных доноров. Создан банк сосудистых аллографтов. У посмертного донора забираются крупные участки артериального и венозного русла, специальным образом консервируются и успешно используются в различных областях хирургии. С помощью сосудистых аллографтов выполняются протезирования сосудов при сосудистых операциях, онкологических вмешательствах, в том числе и у детей, также при трансплантациях печени и почек.

Отделом ведется научно-практическая работа, направленная на увеличение числа операций по пересадке органов, по улучшению качества оказания трансплантационной помощи гражданам Российской Федерации. Впервые в нашей стране здесь начата и успешно развивается программа пересадки органов от доноров с необратимой внебольничной сердечной смертью.

В тесном сотрудничестве с ЦНИИ робототехники и технической кибернетики, а также с Научно-производственным объединением «Сплав» им. А. Н. Ганичева активно ведется разработка аппарата изолированной перфузии донорских органов. Коллектив сотрудников принимает активное участие в подготовке протоколов перфузии, клинических исследованиях, в научных разработках, посвященных данной тематике. Разрабатываются методики и оборудование для проведения изолированной перфузии донорских органов перед трансплантацией с целью их реабилитации. Целью данных исследований является создание оборудования для организации отделения реабилитации донорских органов, что позволит улучшить их качество и срок работы.

Доктор медицинских наук О. Н. Резник демонстрирует практические приемы хирургической эксплантации. 2013 год



Алексей Николаевич Ананьев

Руководитель отдела трансплантологии и органного донорства
НИИ хирургии и неотложной медицины
Кандидат медицинских наук



Каковы основная специализация и приоритетные направления отдела?

Основными направлениями деятельности нашего отдела является работа в двух самостоятельных медицинских специальностях — органном донорстве, а также трансплантации органов и тканей человека. Разумеется, органное донорство — основа для трансплантологии. Главным в направлении его развития является увеличение числа полученных органов, пригодных для трансплантации.

В направлении трансплантологии наиболее важным считается увеличение числа операций по пересадке органов, а также улучшение доступности этого вида медицинской помощи населению.

Расскажите, пожалуйста, о сложных и уникальных операциях, выполняемых в отделе.

Наш отдел работает с 2012 года. За это время нам удалось выполнить около 500 операций по трансплантации почек и печени. Каждая операция по пересадке органа по-своему уникальна. Представьте себе, что орган извлекается из тела умершего человека, если мы говорим о трансплантации от посмертного донора. Мы должны сохранить анатомическую и функциональную целостность органа, законсервировать его и транспортировать к реципиенту. А далее необходимо в кратчайшие сроки пересадить орган в тело нуждающегося больного и заставить его нормально функционировать. Это сложная задача.

Не могу не сказать о родственной трансплантации почки. Мы выполнили около сотни таких операций. В этом виде помощи уникальность заключается в том, что родственный донор добровольно соглашается помочь своему родственнику и, будучи совершенно здоровым человеком, ложится на операционный стол отдать абсолютно здоровый орган. В этой ситуации мы не имеем права на ошибку, поэтому изъятие почки выполняют только хирурги высочайшего класса. В рамках программы родственной трансплантации хочу сказать, что мы входим в число центров, выполняющих пересадку от родственного донора с различной группой крови с реципиентом. Этот вид помощи требует специализированной сложной подготовки реципиента к операции.

Есть ряд тяжелых заболеваний, которые приводят к утрате функции не одного, а двух и более жизненно важных органов. Так, в нашем арсенале имеется опыт выполнения двух симультанных трансплантаций, когда одному реципиенту одновременно пересадили печень и почку.

Мы часто работаем с пациентами, получающими лечение диализом. Выполняем операции по формированию и коррекции сосудистого гемодиализного доступа (артериовенозные фистулы). Сейчас стало возможным применять в этой области современные гибридные технологии с участием рентгенохирургов.

Идет активная работа в направлении хирургического лечения поликистозной болезни. Совместно с клиникой урологии Университета мы разработали методику лапароскопического удаления поликистозно измененных почек для подготовки к будущей трансплантации.

Хотелось бы поинтересоваться, что нового внедрено в отдел за последнее время?

Время сейчас течет стремительно. Мы живем в очень непростой период, но, тем не менее, стараемся двигаться вперед. Успешно применяются новые схемы иммуносупрессивной терапии, увеличивается количество трансплантаций, внедряются передовые технологии по изолированной перфузии донорских органов на оборудовании отечественного производства.

По указанию нашего ректора в отделении координации органного донорства начата и успешно проводится работа по созданию банка сосудистых аллографтов. При изъятии органов у посмертного донора изымаются также протяженные участки венозного и артериального русла. Помещаясь в специальную консервирующую среду, они могут храниться несколько месяцев и использоваться как сосудистые протезы в различных областях хирургии.

Важным новшеством работы нашего отдела являются междисциплинарные взаимодействия. Применение трансплантационных методик с участием банка аллографтов позволило нам очень продуктивно взаимодействовать с сосудистыми хирургами, онкологами, в том числе и с отделением детской онкологии.

Каковы, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы, стоящие сегодня перед органным донорством и трансплантологией?

Главной проблемой в нашей специальности остается дефицит донорских органов. Число нуждающихся в трансплантации пациентов растет с каждым годом, но увеличение числа эффективных посмертных доноров при этом не столь значительно.

Важно отметить и тот факт, что среди медицинского сообщества не хватает знаний в области органного донорства и трансплантологии. В медицинских вузах студентам не читаются лекции по данным специальностям. Также очень мало информации и для обычных людей. На весь Северо-Западный регион нашей страны только в Санкт-Петербурге осуществляется деятельность по органному донорству. Люди умирали и будут умирать, таков закон жизни. И наша задача после констатации смерти человека — изъять у него органы, чтобы помочь другим вернуться к нормальной жизни, к труду, к семье. В больницах Великого Новгорода, Пскова, Петрозаводска, Калининграда, Вологды, Череповца так же болеют и умирают пациенты, но работы в области органного донорства не ведется вовсе. Хотя необходимо отметить, что в этих городах есть немало нуждающихся в трансплантационной помощи.

Какими Вам представляются перспективы развития отдела трансплантологии и органного донорства в НИИ хирургии?

Опираясь на технические и интеллектуальные ресурсы Университета и, в частности НИИ хирургии, перспективы у нашего отдела весьма серьезные. В нашем коллективе много талантливой молодежи. Мы планируем развивать научно-практическую деятельность, трансплантационные программы, начать программу трансплантации тонкой кишки, работу по усовершенствованию ведения листов ожидания, а также сопровождению пациентов после пересадки органа. Мы также хотим углублять междисциплинарное сотрудничество с применением трансплантационных технологий.

Что можно сказать о научной работе вашего отдела?

В научных планах нашего отдела — продолжить начатую работу. Развивать применение технологий изолированной перфузии донорских органов,

разработку и изучение новых схем иммуносупрессивной терапии. Мы работаем над открытием курса повышения квалификации для врачей по специальностям «трансплантология» и «органное донорство».

Есть намерения создавать научную продукцию в виде публикаций и диссертационных работ.

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга?

На мой взгляд, важные черты характера для человека, который решил стать хирургом — это порядочность и достойный уровень культуры. Конечно, немаловажны морально-волевые качества, умение порой преодолевать себя, свою усталость, лень. Ну и, конечно, хирургу необходима хорошая физическая форма, говорю это как человек, много лет отдавший спорту, что очень помогает все 25 лет моей работы.



Что самое сложное в вашей профессии?

В моей профессии много сложного. Но я бы прежде всего назвал способность оставаться человеком, избегать гордыни, уважать людей, с которыми тебе приходится общаться. Не все понимают, что достижения каждого хирурга – результат не только его стараний, таланта и трудолюбия, но и усилия учителей, коллег, родных и близких. А также это дар, который дается свыше, и об этом надо всегда помнить. Его дали тебе в руки, его надо беречь и им нельзя злоупотреблять. Как дали, так могут и отнять. Вот это самое главное – всегда держать себя в руках. Врач также не может оставаться на одном уровне, а постоянно должен развиваться. Это касается всей медицины, а тем более – хирургии. Нельзя стоять на месте, всегда либо идешь вверх, либо начинаешь катиться вниз.

Трансплантация и органное донорство – это одни из самых сложных специальностей, они находятся на пересечении практики и науки, религиозно-нравственных и законодательных аспектов. Поэтому это очень сложно организационно, морально, этически и физически. И трансплантация – это одна из наук медицины, которая даже имеет свой закон, которые, кроме нас, есть только у психиатров и фтизиатров.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

В марте этого года мы простились с Олегом Николаевичем Резником, который скоропостижно скончался, не дожив семи дней до своего шестидесятилетия. Он возглавлял наш отдел все эти годы и являлся лидером нашего коллектива. Профессор Резник был для меня учителем, наставником и близким другом.

Конечно, я считаю своим учителем академика Сергея Федоровича Багненко, благодаря которому специальности «органное донорство» и «трансплантология» получили серьезное развитие в нашем городе.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

Для меня самым главным в отношениях с коллегами и учениками, как и с любым человеком, является уважение. Умение понять и донести свое мнение – это залог конструктивного творческого взаимодействия.

Что бы Вы посоветовали молодым врачам, которые не мыслят свою жизнь вне хирургии?

Врачам, которые планируют посвятить свою жизнь хирургии, хочу посоветовать хранить верность выбранной специальности. Преданность Родине, семье и хирургии сделают вас и вашу жизнь правильной и наполненной смыслом!

Отдел эндоскопии и внутрипросветной хирургии

Руководитель — кандидат медицинских наук доцент кафедры хирургии госпитальной № 2 с клиникой им. акад. Ф.Г. Углова Александр Александрович Смирнов. Задачей отдела является оказание специализированной плановой и экстренной помощи при различных заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, органов дыхательной системы.

В структуру отдела входят:

- Эндоскопическое отделение № 1 (заведующая — Мария Евгеньевна Любченко).
- Эндоскопическое отделение № 3 (заведующая — Виктория Викторовна Барышникова).

Основными направлениями научной и клинической деятельности отдела эндоскопии являются диагностика и лечение ахалазии и дивертикулов пищевода, подслизистых новообразований пищевода и желудка, рефлюксной болезни (пищевода Барретта, стриктур пищевода), варикозного расширения вен пищевода и желудка. Проводится лечение доброкачественных и злокачественных новообразований верхних и нижних отделов пищеварительного тракта, диагностика

воспалительных заболеваний толстой кишки, генетически обусловленных патологических состояний и целого ряда других заболеваний. Передовым направлением деятельности отдела является оперативная эндоскопия. Повседневно выполняются высокотехнологичные оперативные вмешательства: эндоскопическая диссекция новообразований в подслизистом слое, тоннельные резекции, эндоскопическая пероральная миотомия, иссечение дивертикула Ценкера, эндоскопическая фундопликация, эндоскопические этапы комбинированного лечения онкологических заболеваний (АПК и ФДТ, и другое).

Широко используются методы паллиативной хирургии: стентирование опухолевых стенозов, установка эндоскопических транскутанных гастростом. В полном объеме выполняются экстренные эндоскопические манипуляции, в первую очередь — остановка кровотечений, удаление инородных тел, и так далее. Отдельным направлением деятельности отдела является лечение заболеваний гепатобилиарной зоны — осложнений желчекаменной болезни, хронического панкреатита,



Александр Александрович
Смирнов



Мария Евгеньевна
Любченко



Виктория Викторовна
Барышникова

стриктур холедоха, кист поджелудочной железы. Наличие интраоперационной рентгенологической системы и эндоскопического ультразвукового оборудования позволяет выполнить весь спектр диагностических и эндоскопических оперативных вмешательств. Сотрудниками осуществляются операции, направленные на снижение веса — установка внутрижелудочных баллонов.

В составе отдела имеются кабинеты функциональной диагностики для выполнения манометрии пищевода высокого разрешения и суточной внутрипищеводной рН-импедансометрии. Наличие данных методик в настоящее время является необходимым условием оказания специализированной помощи при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта (ахалазии пищевода, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и целом ряде других патологических состояний). Бронхологическая служба отдела обладает всем современным арсеналом диагностических и лечебных тех-

нологий. Рутинно выполняются бронхоскопия, транс-бронхиальная тонкоигольная аспирационная биопсия новообразований легких и средостения под контролем ультразвукографии. Проводится лечение неопухолевых заболеваний (грибковых и вирусных поражений, гранулематозных изменений, аллергических поражений) дыхательных путей. Осуществляется помощь при предопухолевых заболеваниях трахеи и бронхов, доброкачественных эпителиальных (папилломатозе и аденоматозе) опухолях, злокачественных новообразованиях. Сотрудниками отдела осуществляется активная научная деятельность по всем перечисленным направлениям. Практически все доктора являются членами профильных отечественных и зарубежных научных обществ. На базе отдела с непосредственным участием сотрудников проводится большое количество научных конференций и форумов. Идет активная публикационная работа.



Александр Александрович Смирнов

Руководитель отдела эндоскопии и внутрипросветной хирургии
НИИ хирургии и неотложной медицины

Доцент кафедры хирургии госпитальной № 2 с клиникой им. акад. Ф. Г. Углова

Доктор медицинских наук



Что можно сказать об основной специализации отдела и его направлениях?

У эндоскопического отдела нет узкой специализации, потому что мы находимся в многопрофильной клинике, а эндоскопия сейчас такая, что она участвует в каждой специальности.

Мы активно развиваемся — не только наше отделение. Помогаем и абдоминальным, и торакальным хирургам, онкологам, колопроктологам и, в общем, всем — работаем в совершенно разных направлениях. А если все-таки говорить о приоритете, то это эндоскопическая внутрипросветная хирургия. До этого эндоскопия все-таки была в большей степени диагностической дисциплиной. Были определенные процедуры, как, допустим, эндоскопическая папилосфинктеротомия, она известна уже более 40 лет. Но это практически все еще удаление полипов. Все остальное выросло в большую специальность за последние 15 лет. Сейчас наши конференции собирают по 2 тысячи человек и больше. Эндоскопия развивается по всей стране и вообще в мире. А основное направление, наверное, если коротко — это операции в просвете полых органов — пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, толстой кишки.

Расскажите о самой сложной операции на отделении?

Мы находимся на конечном уровне мастерства — если у нас не получается, то дальше, по сути, отдавать некому. Выше уже нет никакой структуры. У нас проводятся в том числе самые сложные операции — на органах, которые находятся в средостении и брюшной полости, работаем с ранними онкологическими процессами, это так называемые ранние раки разных органов. И все это делается через естественные отверстия.

Начиная с маленьких полипов, которые являются достаточно банальными операциями, и заканчивая удалением огромных опухолей шесть-семь и более сантиметров и у взрослых, и у детей, даже у грудных. То есть мы много чего сейчас можем сделать.

А существуют ли уникальные методы диагностики? Может быть, то, что есть только у вас? Чем можно похвастаться?

Самое главное, чтобы любая методика стала рутинной и была направлена не на то, чтобы сделать известным врача, а чтобы реально помочь пациенту. Методика должна выполняться достаточно часто, тогда она имеет право на жизнь, потому что нет детских ошибок. Все достаточно отлажено, отработано, да и осложнений, по сути, или нет, или они крайне редки, если сталкиваешься с какой-то такой хитрой, допустим, анатомией, сложным пациентом, что даже у нас не хватает опыта. В целом если говорить о «фишках» отделения, то это ахалазия кардии — болезнь, при которой люди плохо глотают. Это доброкачественная болезнь, не опухоль, но она очень изнуряющая. Пациенты среднего возраста теряют возможность глотать, они худеют, очень сильно портится эмоциональный статус. Они находятся в депрессивном состоянии. Это длится годами, очень сильно инвалидизирует и психологически, и физически. Много лет мы



*«Успех — это команда, это люди,
которые помогают до, во время и после
вмешательства, ведут пациента»*

являемся основным центром притяжения этих больных в России, многие едут к нам, и мы не только их лечим.

У нас очень хорошая диагностика, так называемая манометрия высокого разрешения в комплексе с зондами, оснащенными большим количеством датчиков, чтобы на разных уровнях измерять давление пищевода и точно сказать, какой тип заболевания у того или иного пациента. В совокупности с нашей малоинвазивной хирургией это дает очень хороший результат.

Потом мы этих пациентов наблюдаем много лет после операции, по сути, всегда. Это как пожизненная гарантия, знаете, есть у некоторых вещей, а у нас для людей — это наш бренд.

Это принцип нашей службы. Мы так работаем. Поэтому пациенты выбирают нас, несмотря на то, что есть хирургическая альтернатива, открытая операция, лечение в других центрах. Но, тем не менее, ни одна операция сама по себе не делает успех. Успех — это команда, это люди, которые помогают до, во время и после вмешательства, ведут пациента.

Моя роль — очень маленькая. Во-первых, я не один делаю эти операции. Уже есть мои коллеги на отделении, которые тоже научились и сейчас этим занимаются.

Поэтому в целом это такая большая командная работа, и она позволяет нам давать результат. За последние восемь лет было прооперировано более 500 человек с ахалазией кардии, и все они наблюдаются в нашей клинике. У каждого есть возможность задать вопрос, позвонить, написать. Есть чат специально для пациентов. Это очень дорогого стоит на самом деле. Мне кажется, вот это наша основная заслуга.

Еще хотелось бы узнать, по каким направлениям ведется научная работа?

Направления есть, в том числе ахалазия, о которой мы сейчас говорили. Это была моя научная работа, моя докторская диссертация, она написана и уже защищена. Сейчас многие мои ученики и сотрудники работают над кандидатскими диссертациями по многим нашим направлениям. Это тоже какая-то практическая наука. Если говорить о каких-то действительно прорывных проектах, то у нас сейчас есть тема госзадания отдела. В сотрудничестве с петербургским заводом, который производит медицинские инструменты, мы хотим сделать российский инструмент как раз для микроопераций. Мы планируем, экспериментируя на животных, на биоматериале, доказать состоятельность этого инструмента и потом его зарегистрировать.

Надеюсь, у этого проекта есть будущее.

Что можно сказать о перспективах развития отдела?

Сейчас мы ищем новые пути сотрудничества с российскими производителями. Тяжело выдержать конкуренцию с брендами, которые по 100 лет производят оборудование. Есть потребность в новых биоматериалах, поэтому работаем и с химиками. Мы пытаемся придумать стент, который через какое-то время будет растворяться, так называемый биodeградирующий стент. Он и сейчас есть, но пока нам не нравятся его характеристики, он слишком плотный. Поэтому работа пока идет.

Но в любом случае есть варианты какого-то движения в этом направлении, в сотрудничестве. В плане еще перспектив — у нас очень молодая специальность, не хватает своей теоретической базы, нет фундаментальных материалов для обучения молодых специалистов. То есть это какие-то отдельные методички, диссертации и книжки, но это все не собрано в одном месте. Поэтому есть мечта — выпустить пособие для обучающихся, чтобы они

могли в одном месте получить все, что им нужно, по крайней мере в первые два года своей работы.

Как возник ваш отдел? Что появилось за годы его развития?

До меня кабинеты эндоскопии были на каждой кафедре. Сергей Федорович хотел это все объединять. Когда я устроился работать в Университет, появилась возможность собрать это все под общим руководством.

И в целом все-таки я бы сказал, что основная функция отдела — это объединение практических эндоскопистов, которые работают совершенно в разных учреждениях — в НИИ терапии, поликлинике, Горбачевском центре, в неотложной эндоскопии. Нужно было связать всех этих людей, соединить и внедрить общие принципы работы, помочь, проконтролировать, там, поругать, похвалить. Я из хирургов, но вся молодежь, которая сейчас пришла дальше, они уже сразу эндоскописты и хирургией не владеют. Поэтому у них другой взгляд, другой менталитет. Им с одной стороны проще, с другой — сложнее. Не знаю, какой путь правильнее, жизнь покажет. Поэтому стали появляться люди один за другим, какие-то направления. Вот я про ахалазию рассказывал — это все варианты сотрудничества с торакальной хирургией, подслизистые опухоли пищевода, потом — опухоли средостения. Мы как-то двигались так понемножку.

Это ретроградные операции на желчевыводящих путях. Сотрудничество с другими хирургами — абдоминальными, с панкреатобилиарными, с онкологами. Изначально здесь такая служба была в зачаточном состоянии. Было очень мало операций.

Хирургия базируется на принципе достаточного количества человеко-часов, проведенных в операционной. То есть мало операций — много осложнений, больше операций — меньше осложнений.

Потом есть какая-то грань, выше которой — уже количество, результат не улучшается практически, а количество осложнений уже не падает. То есть вот это какое-то плато, до которого нужно дойти, затем — учить следующего специалиста. Это такая, на самом деле, строго математика.

Если человека выводят на какую-то кривую набора опыта, когда он профессионал высокого уровня и большее количество операций, которые он делает, уже пользы не приносит и в то же время отнимает практический материал у других хирургов, которые тоже могли бы научиться. Поэтому мы выводим на плато одного, потом — второго, ну и, соответственно, это тоже моя работа — найти в каждом направлении необходимое количество врачей, чтобы у каждого была работа и все были профессионалы.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

Я считаю, главное — это честность. Человек устраивается с какими-то своими идеями, мыслями, как он будет работать, какие у него будут возможности, чего он добьется. Если вы сразу ему не поставите какие-то рамки и не пообещаете чего-то, может быть, лишнего, от этого будет очень много зависеть. Если много пообещаете, а потом не сделаете, он будет разочарован. Когда человек цельный, во-первых, если он трезво себя оценивает, он поймет, что, ну, может, мне это вообще не надо, я пойду в другое место, где мне не будут такие рамки ставить.

А других это устраивает. И это абсолютно нормально. Это договор. Мне кажется, что оценивать работу руководителя нужно по количеству увольняющихся сотрудников. У нас, честно, уходит совсем немного. Есть какие-то вещи, кроме зарплаты, которые людей сюда притягивают. Обычно говорят, что доктор более мотивирован, медсестра менее мотивирована, санитары еще менее, они работают только за деньги. На самом деле надо с удовольствием идти на работу и с удовольствием идти домой.

И у нас, конечно, большое преимущество, потому что мы обучаем клинических ординаторов. Есть, скажем, материал, не в обиду им, из которого можно что-то слепить, и есть условно возможность на них посмотреть в течение двух лет.

Какие качества необходимы эндоскописту?

Это очень сложная специальность, мы работаем камерой и инструментом, который находится в полутора метрах от нас. Нет прямой манипуляции. Вот как хирурги работают на роботе? Тут нажали — там нажалось, тут отжали — там отжалось. Здесь немножко не так. У нас все более сложно. Наверное, чтобы максимально представить, надо взять кнут, которым гоняют коров, и попробовать его концом написать что-нибудь на земле.

Получится у вас или нет? Эндоскопия примерно такая. То есть у нас сложный навык. Может быть, это немножечко так утрировано, но в целом сложно. Поэтому, конечно, нужны мягкие руки. Их можно натренировать, но, конечно, когда приходит человек с этим навыком от природы, с ним намного проще, чем с тем, кого нужно много лет учить. Сильно не давить, сильно не тянуть и так далее. Потом нужна внимательность, потому что мы смотрим на очень мелкие детали, часто с увеличением. И поиск, допустим, раннего рака — размером два-три миллиметра, зависит от того, насколько мы сосредоточены.

Именно поэтому у нас как у диспетчеров в авиации с короткой сменой — они еще вполне дееспособны физически, но внимание рассеивается. И у нас тоже можно сделать хоть 30 колоноскопий в день, но оптимальным считается восемь. Все остальное — это высокая частота пропущенных полипов и опухолей. Потом, несомненно, терпение. Потому что если мы говорим об эндоскопических операциях, они часто максимально длительные, и это тяжело.

Когда мы учились, то осваивали эти операции. Хочу напомнить, что в России не было учителей и никто этими технологиями не владел. По сути, мое поколение — это пионеры. До этого мы видели эндоскопию только на картинках из Японии, и мы сами друг другу ассистировали в операционной, заканчивали в два-три часа ночи; оставались на работе. И, в отличие от хирургии, у нас не всегда есть возможность быстро решить проблему, возникшую в процессе операции. Допустим, кровотечение. Хирург может положить пальцы, схватить сосуд, пошить его, а мы иногда не можем. У меня бывало, что я не мог остановить кровотечение достаточно долго.

Конечно, это очень умная профессия, потому что любую профессию можно делать как чисто механически, любые операции или манипуляции, так и профессионально, широко зная теорию вопроса, зная, какая это болезнь, ее проявления.

Это как сходить в Эрмитаж, можно просто часа на полтора пробежаться, посмотреть. А можно, допустим, сходить с экскурсоводом, который тебя в одном зале задержит на час и расскажет, что это такое, откуда оно взялось. И тогда у тебя в голове будет тонна знаний.

Вы сейчас упомянули, что не было наставников, и вы были пионерами. А у меня как раз следующий вопрос — кого бы Вы могли назвать своим учителем?

Я же хирург изначально, поэтому у меня были учителя. Вот Михаил Павлович Королев. И вообще в Мариинской больнице, где в свое время вырос как хирург, это все хирурги пятого хирургического отделения, где я работал. И все — мои учителя, по сути.

Эндоскопией стал заниматься, когда уже был хирургом, кандидатом наук. Это оказался достаточно сложный навык. Начинал с помощи медсестрам — мыл эндоскопы. А потом потихоньку там помогал что-то делать врачам. Ну и как-то так вот случилось, что звезды сошлись, и я стал в итоге эндоскопистом, о чем ни разу не жалею. Поэтому в целом меня учили очень многие, но в большей степени все-таки хирургии, нежели эндоскопии. В становлении меня как эндоскописта были соратники, они сами про себя это знают. Путь эндоскопии, я или к несчастью, или к счастью прошел в одиночестве уже со своими учениками. Мы вместе с ними что-то осваивали.

Что бы Вы посоветовали молодым врачам, которые не мыслят свою жизнь без хирургии?

Наверное, молодым врачам точно надо гореть. По-другому нельзя. Не все время, потому что художник не может постоянно быть голодным. Но молодому человеку точно нужно проводить на работе много времени, любить своих пациентов, много читать.

Как становятся профессионалами? Это много часов, потраченных на лечение пациентов, умноженное на количество прочитанных статей, книг.

Ну и не просто прочитал, смотрел про войну, а там, не знаю, читал Пушкина, а смотрел это и читал про это же и так далее.

То есть если мы все это делаем в одном векторе, то считается, что четырех-пяти лет достаточно для формирования уверенного, надежного, хорошего специалиста, профессионала. То есть ординатура и после нее. Поэтому лучше это делать каждый день. Человек, работая, внося какие-то вопросы для себя, тут же приходит к компьютеру, читает об этом.

И, конечно, молодым врачам сейчас намного легче, потому что мы уже что-то прошли, какую-то дорогу, а им теперь надо двигаться дальше, но уже опираясь на те вещи, которые сделали мы. По крайней мере, уже есть какой-то базис, отталкиваясь от чего-то, все равно двигаешься уже в другую сторону. Потому что это уже какой-то вектор развития.



Может быть, есть еще какие-то необычные случаи из практики, что-то очень запомнившееся?

Знаете, когда у нас раз в году проходит самая большая эндоскопическая конференция в России, в Питере, ее как раз организует мой учитель. На ней всегда собирается несколько тысяч специалистов. И там как раз есть секция Михаила Павловича Королева — так называемый фестиваль. И вот он всегда говорит — Саша, нужен какой-то интересный случай, прямо вот такой вот, чтобы все просто упали, ахнули. А я начинаю вспоминать, вроде как все — ну ничего особенного. На самом деле их много. Просто уровень высокий клиники в целом, поэтому даже сложные случаи как-то проходят на ура. Зачастую и не обращаешь на них особого внимания. Недавно мы, допустим, нашли у женщины совсем небольшое подслизистое образование в желудке и вроде его даже было не надо удалять. Но были другие причины, чтобы им в итоге заняться. И оказалось, что это длинная рыбья кость, которая перфорировала желудок, вошла в сальник и вызвала воспаление. У нее были боли, и никто не мог понять, чем они вызваны. А мы сделали эту операцию, нашли эту саблю, которая торчала из желудка в брюшной полости, и удалили.

Несколько дней назад мы оперировали пациентку с ахалазией на 24-й неделе беременности. Она не могла есть вообще. У нее была тяжелая алиментарная анемия, и гинекологи, гастроэнтерологи, эндоскописты не могли ей помочь. Была дилемма, какую операцию делать — одну или вторую. Сначала хотели малоинвазивную — баллонную дилатацию. Баллон расширяет пищевод, и вроде бы как ей этого должно хватить. Но в 2–4 процентах случаев установка этих баллонов вызывает очень тяжелые осложнения — разрыв пищевода. И если это случится, то, скорее всего, пациентке пришлось бы сделать преждевременное родоразрешение. То есть это могло все очень плохо закончиться. Поэтому в итоге мы приняли решение провести более обширное вмешательство через пищевод, потому что понимали — это безопаснее. Хотя это более длительный наркоз, но для ребенка он не вреден. Данная операция в этом случае в итоге приведет к лучшему результату и к меньшим рискам. Поэтому, как известно, самая короткая — та дорога, которую ты знаешь. Что и получилось. Недавно достали из желудка батарейку. Для детских эндоскопистов, допустим, совершенно не новость, что такие вещи очень опасны. Если они попали в желудок, есть большая вероятность перфорации слизистой. Вот у нас у одного сотрудника дочка проглотила такую батарейку, и буквально через час он приехал. Мы ее достали, она уже прилипла к слизистой, еще бы через час она вызвала перфорацию. У нас очень много таких случаев. Любой, в общем, достаточно интересен.

Какими Вы видите перспективы развития отдела эндоскопии?

В последнее время появился интерес к выполнению рестриктивных операций на желудке у больных с ожирением. Это очень современная методика, которую я увидел в руках самого лучшего специалиста в Саудовской Аравии. Она позволяет уменьшить объем желудка за счет наложения швов в просвете без разрезов кожи, что практически сопоставимо по эффекту с хирургическими операциями, но несет на порядок меньшие риски осложнений. Это стало возможно после регистрации в России внутриспросветного сшивающего аппарата Apollo Endostich, по сути швейной машинки, которая позволяет эндоскописту накладывать и завязывать швы в просвете органа.

Хочется еще много чего и самому, и для своей специальности, которая до сих пор окончательно не нашла своего места.

Отдел общей и неотложной хирургии

Руководитель — доктор медицинских наук, профессор Андрей Юрьевич Корольков.

В состав отдела входят:

- Хирургическое отделение № 2 (руководитель — профессор Д. И. Василевский, заведующий — кандидат медицинских наук С. Г. Баландов).
- Хирургическое отделение № 3 (заведующий — кандидат медицинских наук П. И. Богданов).
- Хирургическое отделение № 4 (заведующий — кандидат медицинских наук Д. Н. Попов).
- Отделение амбулаторной хирургии (руководитель — кандидат медицинских наук А. С. Лапшин, заведующая — Ж. В. Котомина).

Основным направлением работы хирургического отделения № 2 является оказание плановой специализирован-

ной медицинской помощи по следующим направлениям:

- хирургия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- хирургия морбидного ожирения;
- герниология;
- хирургия компрессии чревного ствола.

В среднем, хирургами отделения ежегодно выполняется 1000–1200 оперативных вмешательств.

Основными направлениями работы хирургического отделения № 3 являются:

- хирургия осложненного течения болезни Крона;
- реконструктивная хирургия (реконструкция кишечных свищей);
- дивертикулярная болезнь.

В отделении работают врачи-хирурги, прошедшие специализацию по онкологии и колопроктологии. В работе



Андрей Юрьевич
Корольков



Дмитрий Игоревич
Василевский



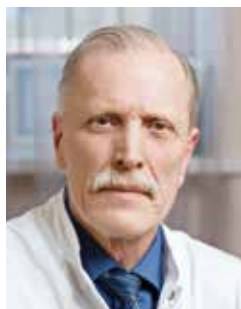
Станислав Георгиевич
Баландов



Петр Иванович
Богданов



Дмитрий Николаевич
Попов



Александр Степанович
Лапшин



Жанна Валерьевна
Котомина

принимает участие профессорско-преподавательский состав кафедры общей хирургии. Научная работа включает: лечение болезни Крона, лучевых проктитов, лечение геморроидальной болезни у пациентов повышенного риска. В работе отделения используются современные медицинские технологии (лазерные технологии в лечении пациентов с геморроидальной болезнью, с ректальными свищами, в том числе у пациентов с болезнью Крона; клеточная терапия при язвах прямой кишки в случае болезни Крона, HAL RAR для лечения геморроидальной болезни).

Основным направлением научной и практической деятельности хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии) является оказание неотложной помощи пациентам с патологией органов брюшной полости в круглосуточном режиме. Дополнительно проводится оказание помощи беременным женщинам с экстрагенитальной хирургической патологией. Разработаны и внедрены алгоритмы диагностики и лечения у беременных острого аппендицита, осложненного течения желчекаменной болезни. Сферой научных и клинических интересов сотрудников отделения также является лечение доброкачественных заболеваний гепатобилиарной зоны. В рамках данной тематики разработаны и внедрены в клиническую практику одномоментные гибридные оперативные вмешательства при лечении осложненных форм желчекаменной болезни (острый холангит, билиарный сепсис, острый билиарный панкреатит). Отделение является центром по лечению ятрогенных повреждений желчевыводящих путей и стриктур билиодигестивных

анастомозов. Развивается концепция лечения больных с билиарным сепсисом. Здесь концентрируются пациенты с паразитарными заболеваниями печени (эхинококкоз), которым выполняются как открытые, так и малоинвазивные лапароскопические вмешательства. Отделение является звеном взаимодействия с медицинскими организациями субъектов Северо-Западного федерального округа по лечению больных с тяжелыми послеоперационными осложнениями, которым требуется выполнение высокотехнологичных оперативных вмешательств с мультидисциплинарным подходом. За время существования отделения пролечены более 12 тысяч пациентов с различной хирургической патологией, выполнены более 10 тысяч оперативных вмешательств.

Задачей отделения амбулаторной хирургии является развитие стационарзамещающих хирургических технологий. Активно внедряются и развиваются малоинвазивные методы оперативных вмешательств, широко используется уникальная возможность привлечения к работе высокопрофессиональных специалистов Университета. На сегодняшний день в отделении выполняется до тысячи хирургических вмешательств в год по профилям: проктология, флебология, герниология, хирургия кисти, хирургическое лечение доброкачественных новообразований мягких тканей поверхностных локализаций.

Сотрудники отдела общей и неотложной хирургии ежегодно выступают с докладами на всероссийских и международных конференциях и конгрессах.





Андрей Юрьевич Корольков

Руководитель отдела общей и неотложной хирургии
НИИ хирургии и неотложной медицины

Заместитель главного врача клиники по хирургии,
заведующий кафедрой хирургии госпитальной № 2
с клиникой им. акад. Ф. Г. Углова

Доктор медицинских наук, профессор

Какая основная специализация отдела и его приоритетные направления?

Отдел общей и неотложной хирургии включает в себя четыре хирургических отделения, каждое из которых имеет свое клиническое и научное направление. Основные задачи отделения амбулаторной хирургии — это хирургия мягких тканей, амбулаторная флебология, амбулаторная ортопедия (операции на кисти), амбулаторная герниология. Хирургическое отделение № 2 является центром по хирургическому лечению ожирения и метаболической хирургии, хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и синдрома компрессии чревного ствола. Основная специализация хирургического отделения № 3 — это хирургическое лечение осложненного течения болезни Крона и неспецифического язвенного колита, а также реконструктивно-восстановительные операции при кишечных свищах. Приоритетным направлением работы хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии) является неотложная абдоминальная хирургия, неотложная абдоминальная патология у беременных и рожениц, хирургия ятрогенных повреждений желчных протоков и билиодигестивных анастомозов, лечение осложненных форм желчекаменной болезни, включая острый холангит и билиарный сепсис, хирургическое лечение паразитарных заболеваний печени (эхинококкоз).

Сможете ли Вы выделить сложные, редкие, операции в отделении?

В хирургии нет простых решений, и каждая проведенная операция уникальна. Есть достаточно сложные в техническом исполнении, требующие высокой профессиональной подготовки. Наши специалисты имеют большой опыт и квалификацию для выполнения разнообразных хирургических вмешательств, включая сложные и редкие случаи, такие как реконструктивные операции на желчных протоках и реконструктивные операции при кишечных свищах.

У вас есть уникальные методики лечения? Что было разработано?

Разработка уникальных методик лечения является важным направлением работы нашего отдела. Это позволяет эффективнее и безопаснее помогать пациентам в самых критических ситуациях. Например, на сегодняшний день сотрудниками отдела разработаны и внедрены критерии диагностики холангита и билиарного сепсиса, а также обоснована целесообразность и безопасность выполнения гибридных одномоментных операций при осложненных формах желчекаменной болезни. Отличительная особенность отдела, который развивается в рамках университетской клиники — это постоянное усовершенствование методик лечения различных заболеваний, освоение новых технологий, проведение научных исследований и клинических испытаний с целью непрерывно повышать качество медицинской помощи.

Расскажите о научной работе и исследованиях, которые у вас проводятся.

Мы ведем обширную исследовательскую и научную деятельность. За последние три года сотрудниками отдела были защищены пять кандидатских, одна докторская диссертации, посвященные актуальным проблемам неотложной и общей хирургии, получены четыре патента, опубликовано 27 статей в журналах, рецензируемых ВАК по профилю хирургия. В текущий момент идет работа над докторской диссертацией, посвященной стратегии лечения беременных женщин и рожениц с неотложной абдоминальной патологией, где рассматриваются не только хирургические вопросы, но и необходимость правильной маршрутизации исходя из концепции трехуровневой системы оказания специализированной медицинской помощи по профилю хирургия. Наши специалисты регулярно принимают участие во всероссийских и международных научных конференциях и образовательных мероприятиях, где мы обмениваемся знаниями и презентуем результаты нашей работы. Также важным аспектом нашей научной деятельности является обучение и менторство молодых специалистов, что способствует передаче опыта и сохранению научного наследия.

Несколько слов о перспективах. Что сейчас планируется внедрить? Может быть, есть какие-то планы на будущее?

Отдел общей и неотложной хирургии имеет многообещающие перспективы развития. Мы ставим перед собой цели, требующие разного объема ресурсов для их достижения. Например, планируем внедрение таких сложных операций, как трансплантация тонкой кишки. Для них необходима разработка четкого плана действий на каждом этапе, профессиональная подготовка хирургов, закупка необходимого медицинского оборудования, организация специализированного послеоперационного ухода и реабилитации, налаживание сотрудничества с центрами и специалистами в области трансплантологии для обмена опытом и совместной работы. Также есть задача разработать в результате успешного внедрения механизм для постоянного мониторинга результатов лечения и обмена опытом. Кроме того, мы планируем разработать и внедрить алгоритм гибридного гемостаза (эндоскопический и эндоваскулярный) у пациентов с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, стратифицировать их на группы риска вероятности рецидива кровотечения и, в зависимости от этого, сформулировать хирургическую тактику.

Расскажите о себе как о руководителе. Что, по Вашему мнению, нужно для благоприятной атмосферы в коллективе?

Могу только рассказать о моей работе руководителя. Она, в основном, заключается в стратегическом развитии отдела, обеспечении функционирования подразделений, раскрытии потенциала сотрудников, повышении и контроле качества медицинской помощи. Для благоприятной атмосферы решающими считаю уважение, эффективную коммуникацию и персональную ответственность. Уважение к профессиональным навыкам и опыту коллег, сотрудничество и доверие друг к другу. Важно уметь слушать и быть готовым высказывать свое мнение, обсуждать проблемные вопросы и искать взаимоприемлемые решения.

Кого Вы можете назвать своими учителями или учителем?

Мой учитель – академик Сергей Федорович Багненко, замечательный человек и выдающийся ученый. Он всегда находится на передовой медицинской практики, следит за последними достижениями и стимулирует своих учеников к саморазвитию. Масштабная личность, его заслуги перед наукой и обществом сложно переоценить. Это большая привилегия и удача – иметь такого наставника.

Что самое сложное в вашей профессии?

Самое сложное – это принимать решения, от верности которых зависит жизнь и здоровье больного, одновременно соблюдая медицинскую этику и профессиональные стандарты!



«Хирург — это своего рода одержимый, упорно и отважно идущий к высотам своей профессии. Он должен быть настойчивым, целеустремленным, трудолюбивым, он должен быть ответственным и милосердным»

Какими чертами характера должен обладать хирург?

Хирург — это своего рода одержимый, упорно и отважно идущий к высотам своей профессии. Он должен быть настойчивым, целеустремленным, трудолюбивым, он должен быть ответственным и милосердным.

Что важно во взаимоотношениях с коллегами и учениками? Каким образом нужно передавать знания молодому поколению?

Для формирования профессиональной среды и создания условий для работы и успешного обучения будущих медиков во взаимоотношении прежде всего важны поддержка, уважение к своим коллегам и ученикам, командная работа, доверие. Учитывая сложность и ответственность медицинской практики, важно, чтобы коллеги поддерживали друг друга, и прививать это необходимо в процессе обучения. Коллективные действия, взаимная поддержка и доверие создают основы для успешного взаимодействия врачей, среднего и младшего медицинского персонала. В такой атмосфере каждый сможет раскрыть свой потенциал и преодолеть профессиональные вызовы. Кроме того, я уверен, когда Университет становится местом, где ценятся взаимоотношения, основанные на доверии, взаимоуважении и поддержке, учебный процесс приобретает новые измерения. Будущие медики уже в ходе учебы сталкиваются с различными трудностями и стрессовыми ситуациями, связанными с интенсивным обучением и большой ответственностью. В такие моменты атмосфера взаимной поддержки позволяет студентам чувствовать себя защищенными, важными и способствует сохранению их эмоционального и физического благополучия. Такой пример взаимоотношения в профессиональной среде будет способствовать формированию эффективных медицинских команд. При передаче знаний, думаю, необходимо сочетать традиционные методы обучения с инновационными подходами, создавая стимулирующую и поддерживающую среду.

Может быть, Вы дадите напутствие студентам, которые думают о карьере хирурга?

Путь в хирургию будет увлекательным и благородным вызовом, только если вы чувствуете страсть к этой профессии. Хирурги — это элита медицины, но это лишь одна сторона медали. Другая сторона — это колоссальная ответственность, страх, напряжение и неизбежные душевные трудности. Хирурги сталкиваются с чрезмерным физическим и эмоциональным утомлением, изоляцией от обычной жизни из-за длинных рабочих часов и высокого уровня ответственности за здоровье и жизнь пациентов. Неизбежно возникает вопрос о том, как сохранить чувства человечности и эмпатии в условиях, где каждое решение может быть решающим для чьей-то судьбы.

Отдел онкохирургии

Руководитель — заведующий кафедрой онкологии ФПО профессор Александр Анатольевич Захаренко.

В состав отдела входят:

- Отделение абдоминальной онкологии (онкологическое отделение № 1) (руководитель — кандидат медицинских наук Михаил Алексеевич Беляев, заведующий — Антон Александрович Трушин).
- Отделение хирургической эндокринологии (онкологическое отделение № 3) (заведующая — доктор медицинских наук Марина Евгеньевна Борискова).
- Отделение онкомамологии (онкологическое отделение № 5) (руководитель — заведующий кафедрой онкологии профессор Владислав Владимирович Семиглазов, заведующий — кандидат медицинских наук Игорь Александрович Чиж).
- Отделение детской хирургии (руководитель — кандидат медицинских наук Илья Александрович Палтышев).

Основной задачей является обеспечение хирургического этапа лечения онкологических больных.

Отделение абдоминальной онкологии специализируется на лечении больных опухолями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны.

Основным направлением клинической деятельности является хирургическое лечение опухолей желудка, толстой кишки, печени и поджелудочной железы.

В отделении ведется активное взаимодействие с врачами других специальностей — сформирована мультидисциплинарная команда для правильной постановки диагноза и определения верной лечебной тактики для каждого конкретного пациента.

Сильные стороны клинической работы — это активное развитие малоинвазивной лапароскопической хирургии, внедрение протоколов преабилитации и ускоренного восстановления после операции. Гепато-



Александр Анатольевич
Захаренко



Михаил Алексеевич
Беляев



Антон Александрович
Трушин



Марина Евгеньевна
Борискова



Владислав Владимирович
Семиглазов



Игорь Александрович
Чиж



Илья Александрович
Палтышев

билиарная группа хирургов, кроме резекционных вмешательств, выполняет трансплантации печени.

Онкологическое отделение № 3 (хирургической эндокринологии) специализируется на хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы.

Проводится научная и практическая работа по следующим направлениям:

- онкотиреоидология;
- хирургическое лечение доброкачественных заболеваний щитовидной и паращитовидных желез (болезнь Грейвса, многоузловой токсический/нетоксический зоб, первичный гиперпаратиреоз);
- эндовидеохирургические операции на щитовидной железе;
- хирургическое лечение заболеваний надпочечников.

Отделение находится в составе многопрофильного стационара, что позволяет специалистам выполнять полный перечень диагностических манипуляций и использовать мультидисциплинарный подход в оказании медицинской помощи.

Онкологическое отделение № 5 специализируется на хирургическом лечении заболеваний молочной железы.

Квалификация сотрудников и оснащение клиники позволяют обеспечивать весь спектр помощи пациентам по профилю маммология: хирургическое лечение рака молочной железы, доброкачественных опухолей, все виды пластических операций на груди и восстановительные операции.

Сильной стороной клиники является высокий процент органосохранных и онкопластических операций

при раке молочной железы, одномоментные реконструкции после мастэктомий. Рутинно, по показаниям, используется биопсия сторожевых узлов.

В отделении проходят обучение клинические ординаторы и курсанты кафедр онкологии, хирургии и пластической хирургии.

Отделение детской хирургии входит в состав отдела онкохирургии НИИ хирургии и неотложной медицины и является связующим «мостиком» с НИИ ДОГиТ им. Р. М. Горбачевой при комплексном лечении детей с солидной онкопатологией.

Направления хирургической работы:

- торакальная онкология;
- абдоминальная онкология;
- онкоурология;
- опухоли головы и шеи;
- опухоли опорно-двигательного аппарата;
- онкология ЛОР-органов;
- онкомаммология;
- доброкачественные новообразования, склонные к малигнизации;
- новообразования мягких тканей, требующие выполнения реконструктивно-пластического компонента;
- трансплантация органов.

В отделении проводят более 150 плановых и экстренных операций в год с привлечением ведущих профильных хирургов Университета и приглашенных экспертов. Клиника оснащена по мировым стандартам для выполнения высокотехнологичных операций, в том числе с применением малоинвазивных методик.





Александр Анатольевич Захаренко

Руководитель отдела онкохирургии НИИ хирургии и неотложной медицины

Заведующий кафедрой онкологии ФПО

Доктор медицинских наук, профессор

**Какая основная специализация
отдела онкохирургии и какие ее
приоритетные направления?**

В настоящее время в отдел онкохирургии входят четыре подразделения: онкологическое отделение № 1 (абдоминальной онкологии), онкологическое отделение № 3 (хирургической эндокринологии), онкологическое отделение № 5 (онкомамологии) и отделение детской онкохирургии. Основная задача отдела и входящих в него подразделений — оказание современной и качественной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи онкологическим пациентам.

**Какие показатели, с Вашей точки
зрения, наиболее ярко характеризуют
онкохирургическое направление
НИИ хирургии?**

Кроме отдела онкохирургии, хирургическое лечение онкологических пациенты получают в отделе торакальной онкологии, гинекологии, ЛОР-клинике, НИЦ урологии. У каждого подразделения свои особенности и сильные стороны.

Во-первых, это лидеры и руководители каждого подразделения, которые развивают свои направления. Если брать абдоминальную онкохирургию, на которой я специализируюсь, то оно сосредоточено в трех основных научных группах — по лечению рака желудка, толстой кишки и лечению рака печени и поджелудочной железы.

Хирургию рака молочной железы курирует заведующий кафедрой онкологии профессор Владислав Владимирович Семиглазов, а заведует отделением кандидат медицинских наук Игорь Александрович Чиж. В клинике один из самых больших опытов проведения в стране онкопластических и органосохранных операций. Это значит, что большинство женщин, которые прошли у нас лечение, продолжают жить полноценной жизнью и максимально удовлетворены ее качеством.

Профессор Марина Евгеньевна Борискова — руководитель направления хирургии рака щитовидной железы, известный в городе и стране специалист. Она в том числе занимается изучением прогностических молекулярно-генетических панелей — определяет прогноз для больного, объем его операции, необходимость лекарственного лечения.

Новое для Университета направление — детская онкохирургия. Отделением руководит кандидат медицинских наук Илья Александрович Палтышев. Главные тренды развития — это лечение «молодых взрослых». Подростки, которым исполнилось 18 лет, по документам становятся совершеннолетними, а лечение зачастую должны продолжать такое же, как и раньше. Но формально они переходят во взрослые стационары, где небольшой опыт решения их проблем. В Университете детские онкологи могут направить пациентов во взрослые клиники и курировать их — принять участие в процессе лечения. Наша университетская клиника оказалась идеальной моделью для этой сложной категории пациентов.

Мы активно оперируем детей с эмбриональными опухолями — нейробластомами, нефробластомами. Для этого зачастую нужны

мультидисциплинарные команды — сосудистые хирурги, трансплантологи, абдоминальные хирурги.

Выполняются операции, где требуется участие нескольких высококвалифицированных специалистов разных направлений, и университетская многопрофильная клиника оказалась для этого очень хорошим местом.

Почему мы стали этим заниматься? Потому что посчитали, что в нашем НИИ ДОГиТ (лидере по трансплантации костного мозга в Европе) порядка 300 детей в год с солидными опухолями, кому проводится трансплантация костного мозга. Всем им положен хирургический этап лечения до трансплантации. И все эти годы он проводился не у нас в Университете. Поэтому вместе с Сергеем Федоровичем принято решение развивать это направление. Так возникло это отделение, и уже три года мы этим занимаемся.

Если брать абдоминальную онкологию, мы проводим весь спектр существующих операций, кроме роботических. Выполняется достаточно много исследований по раку желудка, в том числе выбор оптимальной схемы периоперационной химиотерапии, по применению фотодинамической терапии при стенозирующих опухолях желудка перед большой операцией, по профилактике канцероматоза брюшины путем проведения аэрозольной внутрибрюшинной химиотерапии.

Также идет работа по лечению колоректального рака — совместно с кафедрой медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры (заведующая — профессор Алла Аскольдовна Потапчук) мы разработали комплекс физической реабилитации, повышение функциональных резервов организма перед операцией. В течение двух недель пациенты занимаются лечебной физкультурой, что улучшает переносимость операционного стресса.





Они больше адаптированы, легче проходят послеоперационный период и лучше готовы к химиотерапии.

У нас идут исследования по изучению кишечного микробиома и профилактике послеоперационных осложнений на основе воздействия на патогенные штаммы. Изучается обезболивание при лапароскопических операциях — например, сейчас идет сравнение применения местной анестезии зоны троакарных ран, которая позволяет избежать использования эпидуральной анестезии.

Проводятся работы по гепатобилиарной хирургии. Сейчас у нас внедряется новый подход к предоперационной химиотерапии больных операбельным раком поджелудочной железы. Мы считаем, что им необходимо проводить химиотерапию перед вмешательством в полном объеме — это повышает количество радикально сделанных операций, R-0 резекции и улучшает отдаленные результаты.

Идут исследования по бактериобилии. У нас много больных с желтухой на фоне опухоли, у них стоят дренажи в желчных протоках, потенциально инфицирующие желчь, так как они связаны с наружной средой, и когда мы потом оперируем этих пациентов, они уже потенциально обладают большим риском возникновения осложнений. Мы предложили новые алгоритмы персонализированной антибиотикопрофилактики.

Наше лечебное учреждение соответствует ведущим гепатобилиарным клиникам в стране и в Европе.

Мы участвуем в трансплантации печени в Университете с отделением трансплантации. Активно пользуемся помощью трансплантологов и банком аллографтов в случае обширных хирургических вмешательств. Это взаимодействие онкохирургов и трансплантологов очень важно — такие возможности есть только у больших многопрофильных университетских клиник.

Моей гордостью является то, что за эти годы удалось выучить и подготовить шестерых хирургов в отделении, которые делают все объемы оперативных вмешательств. Мы очень серьезно относимся к подбору кадров, и значительная часть врачей пришли к нам в клинику еще студентами.

Ну и, конечно, большое количество операций — около тысячи вмешательств в год, из них порядка 150 при раке желудка, 500 при раке толстой кишки и 300 при раке печени и поджелудочной железы.

Расскажите, пожалуйста, о себе как руководителе отдела онкохирургии.

На самом деле мне очень повезло. Во-первых, удалось подготовить своих учеников, которые сейчас курируют то или иное направление абдоминальной онкологии. Если брать колоректальную хирургию — это Олег Андреевич Тен, Михаил Алексеевич Беляев, Марина Викторовна Завгородняя, Илья Александрович Палтышев. Специалисты по раку желудка — Хамид Наураз, Кирилл Николаевич Вовин, Анна Алексеевна Свечкова; по гепатобилиарной хирургии — Антон Александрович Трушин, Роман Вадимович Курсенко, Илья Валерьевич Вервекин. И, по большому счету, из-за долгой совместной работы у нас полная синергия и нам легко решать задуманные задачи и проекты.

Если брать онкомамологию, хирургию щитовидной железы — этими клиниками руководят специалисты, которые долгое время работают в данных направлениях, и моя задача — все время стимулировать их к действию, к организации новых мероприятий, проектов, контролировать качество лечебной работы и мотивировать на новые научные подвиги.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

Учителей у меня два. С Алексеем Михайловичем Беляевым, нынешним директором НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, я познакомился будучи на первом курсе Военно-медицинской академии. Он тогда был еще преподавателем в ВМА и работал на базе 26-й больницы. Там же работал

второй преподаватель — майор медицинской службы Сергей Федорович Багненко. Так на первом курсе академии я познакомился с двумя моими потенциальными учителями, и это определило, наверное, жизненный путь и места работы, и все остальное. С Алексеем Михайловичем я работал, пока учился, а потом поступил в адъюнктуру академии и оказался с ним же в Институте скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, директором которого был Сергей Федорович.

А потом мой учитель стал директором Института онкологии, а Сергей Федорович — ректором Университета. Он и предложил мне возглавить онкологическое отделение ПСПбГМУ и с той поры вот уже 11 лет занимается моим воспитанием и наставничеством.

И, конечно же, это и те, благодаря кому я осваиваю новые навыки. Чтобы овладеть методикой проведения той или иной операции, специализацией, всегда нужно учиться. Например, появилась новая специальность — «детская хирургия», и я снова в ординатуре. И знакомлюсь с абсолютно новыми людьми — это и главный детский хирург страны Дмитрий Анатольевич Морозов, я его сейчас считаю своим наставником, потому что он мне очень помогает, это замечательный человек. И по каждому направлению можно назвать кого-то, кто участвует в твоей жизни...

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга-онколога?

Я заведу кафедру онкологии ФПО, и мы как раз готовим врачей-онкологов и повышаем квалификацию онкологов всей страны. Кроме того, одна из моих приоритетных задач — найти заинтересованных ребят, которые бы пришли в ординатуру, в специальность, к нам в онкохирургию. И на самом деле это





сложная задача. Потому что, во-первых, люди все меньше и меньше хотят быть хирургами, а онкологи больше хотят быть клиническими онкологами, химиотерапевтами.

Если брать качества, самое главное — это воспитанность и порядочность, то есть у человека должна сохранена быть такая черта, как, скажем, социальный инстинкт, уважение авторитетов. У совсем молодого поколения они сейчас в большей степени из социальных сетей или еще откуда-то. А истинных у них очень мало. И когда они приходят на учебу, это очень заметно. Отсутствует уважение к старшим, такт в общении и так далее. Поэтому воспитанность и культура в молодом человеке очень важна, потому что врачебный коллектив, особенно хирургический — это полувоенная организация, и в нем как нигде еще сохранена иерархия, определенная структура вертикальной власти — и карьеры, и подчинения. Молодежь сейчас этого не понимает. Второе — это, конечно же, целеустремленность, умение формулировать реальные цели, исполнительность и пунктуальность. Потому что очень мало людей, которые выполняют задачи и делают это в срок. Очень много ребят приходят, получают какие-то задания и пропадают навсегда или делают их абсолютно не так, как ты хотел. Мы понимаем, что многие вопросы — очень тяжелые, но крайне важно, что если ты получил задачу, то должен ее выполнить и сделать это в срок. Только так можно что-то решать. И важно постоянное самообразование. Человек должен работать над собой, учиться, он должен приобретать новые навыки, в том числе soft skills, потому что без них сейчас никак не обойтись, — иностранный язык и все остальное. Над этим надо работать и вкладывать много времени и средств.

А что Вы считаете самым сложным в вашей профессии?

Ответственность и понимание того, что от твоих знаний и навыков зависит жизнь человека. Ты должен быть интегрирован в профессиональное сообщество, очень хорошо работать, потому что если где-то что-то не узнал, не доделал, не освоил какой-то новый метод, а он уже мог помочь пациенту, недостаточно хорошо делаешь какую-то операцию, — если в другом деле это скажется, может быть, чуть-чуть на твоей репутации и кто-то над тобой посмеется, то здесь твой результат напрямую отражается на судьбе конкретного пациента. Это особенно важно в хирургии, потому что от навыков врача зависит очень многое в дальнейших перспективах больного.

Какие наиболее серьезные вопросы сейчас стоят перед областью онкохирургии?

На самом деле, основная задача сейчас, которую я ставлю перед собой как руководитель, как заведующий кафедрой — это поиск инициативной, талантливой молодежи. Над ней я работаю больше всего и делаю на нее все ставки, которые только можно. Сейчас очень мало студентов и выпускников, которые готовы посвящать этому делу себя полностью, вот так активно внедрялись бы в нашу работу. Поиск тех, кто перенимал бы наши навыки, наши умения, но с абсолютно другим мышлением. Оно сейчас очень нужно, потому что все тренды онкологии уже в современных технологиях: искусственный интеллект, виртуальная реальность, алгоритмы, метавселенные и так далее. Людям, которые воспитаны уже в этом мире, легче всего адаптироваться. Переучивать и направлять туда старшее поколение крайне сложно. Я мечтаю о конкурсе в клиническую ординатуру, об очередях на повышение квалификации в нашем Университете.

Есть три уровня класса экспертности врача в целом. Первый — это врач-клиницист. Ты хорошо лечишь, но ты такой боец-одиночка. Второй — это врач-ученый, исследователь, он стоит на позиции выше в иерархии врачей.



Это уже ты в теме направления, все время занимаешься самым последним, самым современным. Ты можешь как минимум посоветовать, где это делают хорошо и какие есть современные методики. И ты, на самом деле, на пике своей специализации. И третий — он стоит на самом верху — еще и врач-педагог, и врач, который занимается образованием. Оказывается, что учить людей — это вообще самое трудное. То есть передать все эти знания, опыт и вырастить такого же специалиста, особенно хирурга, гораздо сложнее, чем лечить человека, чем заниматься наукой. Потому что это требует от тебя уже совсем других знаний и педагогических навыков, чтобы человек это усвоил. И моя задача — сформировать поколение и моих учеников, которые бы обладали всеми тремя этими качествами врача, исследователя и педагога. Я хочу, чтобы из них получились лидеры в специальности, не только у нас в Университете, но и в стране.

Моей гордостью является образовательный проект «Онкология от А до Я». Мы активно привлекаем в него ребят и прививаем им культуру научных исследований. Второй год проводим молодежный онкологический форум «гОНКа». И я очень надеюсь, что эти мероприятия, во-первых, повысят узнаваемость нашего Университета, кафедры, специалистов и позволят сконцентрировать здесь цвет молодежи, потенциальных онкологов. Потому что приятно работать с заинтересованными, мотивированными ребятами, которые приходят именно с желанием стать такими специалистами.

Отдел скорой медицинской помощи

Руководитель — профессор кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ПСПбГМУ доктор медицинских наук, доцент Вадим Михайлович Теплов.

Заведующий стационарным отделением скорой медицинской помощи — кандидат медицинских наук Денис Михайлович Прасол.

Основными задачами деятельности отдела является организация оказания скорой специализированной медицинской помощи в ПСПбГМУ, а также развитие фундаментальных и прикладных исследований в области скорой медицинской помощи. Традиционно прием пациентов по экстренным и неотложным показаниям осуществлялся в приемных отделениях различных клиник. Ни одно из них не отвечало требованиям Приказа Минздрава России от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», что в первую очередь потребовало их объединения с созданием в структуре отдела совершенно нового подразделения — стационарного отделения скорой медицинской помощи (СОСМП). С самого первого дня отделение активно используется не только в лечебном процессе НИИ хирургии неотложной медицины, но и в учебном процессе клинических кафедр ПСПбГМУ. Важную роль сыграл отдел скорой медицинской помощи в ходе пандемии новой коронавирусной инфекции. В период трех волн стационарное отделение перепрофилировалось в приемное отделение «Центра

для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)», который возглавил руководитель отдела В. М. Теплов. Кроме приема пациентов сотрудники отдела осуществляли лечебную деятельность в инфекционных отделениях «Центра для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией». В настоящее время отдел скорой медицинской помощи включает в себя структурные подразделения, оказывающие скорую медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Сотрудники данных подразделений, кроме лечебной работы, активно задействованы в научной и педагогической деятельности ПСПбГМУ. За последние годы были опубликованы более 70 статей и тезисов, из них 52 — в журналах, рецензируемых ВАК, издано 12 руководств, учебников, методических рекомендаций. Основными направлениями научных исследований являются организация и методическое сопровождение оказания скорой медицинской помощи в субъектах РФ, для чего активно используется компьютерное имитационное моделирование; определение возможностей ультразвуковой диагностики врачом скорой медицинской помощи; использование экстракорпоральных перфузионных технологий при внезапной остановке кровообращения. Последний вопрос оказался крайне важным с клинической точки зрения, что привело к формированию на базе стационарного отделения скорой медицинской помощи на основании Приказа ректора № 197 от 16.03.2020 «Центра по лечению внезапной сердечной смерти».



Вадим Михайлович
Теплов



Денис Михайлович
Прасол

Вадим Михайлович Теплов

Руководитель отдела скорой медицинской помощи
НИИ хирургии и неотложной медицины

Профессор кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений
Доктор медицинских наук



Какую роль играет отдел скорой медицинской помощи в НИИ? Как он появился, чем в нем занимаются?

Создать отдел скорой медицинской помощи в НИИ хирургии и неотложной медицины — без преувеличения, идея нашего ректора. Необходима была некая структура, которая осуществляла бы методическое сопровождение оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях не только в нашем Университете, но и была бы возможность доносить эту информацию, экстраполировать на другие медицинские учреждения в нашей стране. Мне была поручена такая задача. Ключевым звеном в структуре нашего отдела является стационарное отделение скорой медицинской помощи.

В чем принципиальное отличие отдела скорой медицинской помощи и стационарного отделения скорой медицинской помощи Университета от обычных приемных отделений в городских больницах? Какова в нем Ваша роль?

Отдел скорой медицинской помощи — это некая надстройка над отделением. Он осуществляет методическое руководство и отвечает за науку. То есть в нем реализуется то, чем фактически невозможно заниматься в приемных отделениях больниц. Моя персональная задача — транслировать создание таких отделений в субъектах РФ, выискивать новые научные направления, обосновывать и внедрять их сначала в наше отделение, а потом где-то, по возможности, и в других регионах России.

Отличий нашего стационарного отделения скорой медицинской помощи от приемного отделения масса. Проще сказать, чем они похожи. И туда, и туда поступают пациенты. На этом сходство заканчивается, потому что наше подразделение — это приемно-диагностическое отделение с собственными койками.

Наша задача не просто принять пациента, а желательно купировать его острое состояние в первые часы пребывания, четко понять диагноз, с которым он поступает, и по возможности выписать его.

Это концептуальное отличие от приемных отделений, куда пациенты поступают и затем быстро должны быть распределены куда-то в клинику, в отделения больницы. Из этого вытекает много составляющих, которые уже определяют работу собственно самого отделения: наличие палаты динамического наблюдения, диагностических мощностей и, самое главное, сотрудников — врачей скорой медицинской помощи стационара. И это соответствует нормативным актам, которые действуют в Российской Федерации.

Таких отделений в стране насчитывается меньше 30. И даже в действующих не везде эти принципы полностью реализованы. В своем недавнем обращении к Федеральному собранию Владимир Владимирович Путин четко отметил: необходимо реформировать приемные отделения, которые есть в стране. Результатом такого реформирования и является создание стационарных отделений скорой медицинской помощи, а также совершенствование



СКОРАЯ МЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика Чехова



профессиональных навыков специалистов скорой помощи. И мы этим вопросом занимаемся без малого 10 лет, сколько существует Институт хирургии и неотложной медицины. Мы этот вопрос продвигаем не только в институте, но и в рамках всей страны.

И что нового появилось за эти годы?

Есть несколько значимых вещей, на которые хотелось бы обратить внимание. В России врач скорой помощи по-прежнему чаще всего рассматривается как врач догоспитальный. В Университете фактически все специалисты, воспитанные здесь и составляющие сейчас наш кадровый костяк, прошли ординатуру. Часто это наши бывшие ученики и сотрудники нашего отделения. Это очень важный момент. Соответственно, поскольку мы сами их выращивали, то старались давать им некие навыки, знания, которые в приемных отделениях больниц никто не использует.

Не последнее — это самостоятельная ультразвуковая диагностика. Мало кто в России пользуется портативными, карманными аппаратами УЗИ в рутинном порядке так, как это делают у нас в отделении.

Второе — это использование технологии экстракорпоральной мембранной оксигенации при внезапной смерти. В России мы единственные, кто делает это на потоке. Мы являемся в этом плане, честно скажу, первооткрывателями для нашей страны и делаем это с четким методическим сопровождением, с объективизацией данных, системно, постоянно.

Благодаря этому написаны диссертации, посвященные данной тематике. За последний год у нас завершилось испытание российского аппарата ЭКМО, который сейчас получил регистрационное удостоверение и его начинают распространять в клиниках Российской Федерации. Мы считаем это нашим большим достижением. Помимо этого, мы очень сильно окунулись в проблему

внезапной смерти. Сейчас активно участвуем в разработке российского кардиомассажера, находимся фактически на финальных этапах получения на него регистрационного удостоверения. Это большой вклад в оказание медицинской помощи пациентам в состоянии клинической смерти.

Благодаря работе, которую мы проводим, несколько лет назад на базе стационарного отделения скорой медицинской помощи был создан Центр лечения внезапной сердечной смерти. Мы концентрируем этих тяжелейших пациентов, и когда кого-то из них удастся спасти, это очень большое достижение. И здесь мы однозначно вносим свой вклад в деятельность НИИ хирургии и неотложной медицины, эту историю не стыдно представлять в рамках всей страны.

А какие планы на будущее?

Сейчас мы заняты разработкой российского кардиомассажера, участвуем в его испытаниях. Чем сильнее развивается здравоохранение, тем большее значение приобретает данное устройство в экстренной медицине. Но западные технологии весьма дорогостоящи, и зачастую мы лишены не только комплектующих, но и вообще доступа к современным ноу-хау. Мы надеемся на то, что российский аналог будет в разы дешевле импортных, что позволит внедрять его повсеместно. Это будет важный вклад в развитие экстренной медицины. Ну и, в принципе, проблема внезапной смерти нам кажется очень актуальной. Мы стараемся искать новые пути, аппараты и даже принципиально иные подходы к сердечно-легочной реанимации.





Помимо этого, сотрудники отдела получили грант на разработку одноразового дефибриллятора — устройства, которое можно было бы использовать практически в любой аптечке. Таких аналогов сейчас в России вообще не существует, мы пытаемся «с нуля» сделать очень дешевый одноразовый дефибриллятор, чтобы им мог пользоваться практически любой человек, вообще без медицинской подготовки. Дефибрилляция в первую минуту спасает, запуская 90 процентов сердец. На десятой минуте запускается лишь 10 процентов. Поэтому нужно сделать так, чтобы дефибрилляторов было много, чтобы они были везде. Иначе решить эту проблему просто невозможно. Где-то они есть, но мы все равно понимаем, что при стоимости 150 тысяч рублей все равно не обеспечить их повсеместное наличие. Мало того, в общественных местах эта вещь используется штучно, в лучшем случае — один раз в несколько лет. И очень сложно убедить любой бизнес, даже крупный, купить то, что будет стоить серьезных денег и вообще никогда не будет использоваться, просто так, «чтобы было».

А вот если бы это устройство стоило 30–50 тысяч рублей, пусть даже оно было бы одноразовым, тогда удалось бы значительно увеличить их число и, следовательно, доступность. Мы пытаемся разработать прибор, который будет очень небольшого размера, делиться на два электрода, иметь в себе мощный заряд, внутреннюю аналитику.

То есть задача человека, который пытается помочь — просто разломать его на две части, приклеить на грудь пациенту и отойти в сторону. И дальше аппарат сам проанализирует, нужно ли делать дефибрилляцию, скажет, продолжать или не продолжать непрямой массаж сердца. Вот это на самом деле на словах очень просто. Там очень много технологических моментов, которые мы пытаемся реализовать.

Может быть, Вы расскажете о распределении потоков в отделении – зеленой, желтой, красной зонах?

Такое распределение уже распространяется повсеместно, но мы действительно являемся учебно-образовательной точкой для многих. К нам постоянно приезжают экскурсии из различных субъектов Российской Федерации, главные врачи больниц, сотрудники кафедр. Мы с ними все обсуждаем. Это так называемый триаж – сортировка на красный, желтый, зеленый поток пациентов: тех, кто может самостоятельно перемещаться, на пациентов, которые не могут самостоятельно перемещаться, но нет угрозы их жизни, и тех, у которых есть угроза жизни. Это общепринятый подход, и мы пытаемся его везде внедрить. Но для такой сортировки, для этих потоков необходимы условия.

Старые больницы, построенные даже в конце советской эпохи, в 1980-е годы, не имеют возможности принимать больных таким способом, не позволяет размер их внутренних площадей. Соответственно, когда мы продвигаем эту идею, то везде показываем, как формировать эти потоки, как выглядит подобное помещение для пациентов такого профиля, говорим о необходимости делать пристройки, строить новые корпуса... Это частный медицинский вопрос, он сейчас очень активно охвачен, и я очень надеюсь, что в связи с обращением нашего Президента к Федеральному собранию дело пойдет гораздо более интенсивно.

Руководство различных больниц просит помочь им в создании таких отделений. Совместно с ректором мы участвуем в обсуждении писем из различных субъектов Российской Федерации, которые приходят к нему как главному специалисту по скорой медицинской помощи Минздрава России по данному вопросу. Это большая ответственность.

Что самое главное для эффективной работы в области скорой помощи?

Команда.

Тогда из этого вытекает другой вопрос. Какие навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают работу в стационарном отделении скорой помощи?

Первое – это должны быть молодые люди. Естественно, бывают разные частные случаи, исключение из правил, ну, в общем, работа в экстренной медицине – это работа молодых, потому что здесь всегда бессонные ночи, постоянный выброс адреналина, стрессы и так далее. С определенного момента человеку просто физически становится тяжело. Поэтому я четко понимаю, что у всех, кто работает с нами в команде, есть, грубо говоря, до 10 лет для того, чтобы реализовать себя в этой профессии. Дальше они должны найти какое-то свое дальнейшее направление развития.

Все наши сотрудники – действительно очень инициативные, смелые, решительные. Это объективно.

В экстренной медицине некогда думать, зачастую надо принимать жесткие, агрессивные решения. Для этого надо обладать характером. Тем не менее, все, кто работает в отделении, понимают, что за 10 лет они все равно должны найти какую-то свою нишу и уступить место молодым. Такова суровая реальность. Поэтому кто-то у нас сейчас получает дополнительную профессиональную подготовку, уходит в анестезиологию, лучевую диагностику, кто-то реализует себя в науке. И многие молодые врачи первого состава, кто начинал у нас работать, чего-то добились. Кто-то защитил диссертацию, кто-то сейчас реализует себя на руководящих должностях, потому что все это – люди с потенциалом. Без характера, без волевого стержня работать в этом отделении очень тяжело. Ну, вот, наверное, как это можно охарактеризовать.

Что самое сложное в профессии врача экстренной медицины?

Принимать правильные решения. Для этого надо обладать знаниями, уверенностью в себе и иногда – харизмой. Зачастую это очень хорошо видно, когда поступает пациент в состоянии клинической смерти. Та ситуация, когда счет идет не на минуты, а секунды.



Бывают коллективы, которые в момент, когда закатывают этого пациента, не являются командой, пока в ней нет старшего. И должен быть тот, кто начнет руководить, вот это, наверное, самое сложное, когда ты своей волей должен жестко обозначить действия для группы из четырех-пяти человек и четко понимать, кто что должен делать в тот момент. Командная работа и умение возглавить медицинский коллектив — это очень сложная составляющая. То есть не просто проявлять решительность, характер как индивидуум, а будучи лидером команды. У нас это происходит довольно часто, потому что у дежурного врача всегда кто-то есть в подчинении. И вот эта команда должна слаженно работать, как единый оркестр, потому что, ни много ни мало, от любой фальшивой ноты этого оркестра действительно зависит человеческая жизнь.

Какие имеются перспективы в рамках НИИ хирургии неотложной медицины помимо научных разработок?

Сейчас я вижу несколько направлений, которые кажутся интересными. Первое — это, естественно, искусственный интеллект. И это не просто две большие буквы И, это действительно целый пул технологий, которые можно реализовать и которые нам могут помочь. К области искусственного интеллекта можно отнести имитационное моделирование. Мы, наверное, являемся одними из лидеров в России в использовании компьютерного моделирования различных процессов в клинике в повседневных и чрезвычайных ситуациях. В настоящее время нам в стране нужен отечественный программный продукт, информационные базы данных и так далее. То есть это направление искусственного интеллекта, которое точно поможет, причем во всех стезях, от ведения медицинской документации до принятия клинических решений.

Защищена кандидатская диссертация по имитационному моделированию. На практике мы постоянно применяем полученные данные в работе. Что такое имитационное моделирование? Ты создаешь модель, в которой идут те же процессы, что и в реальности. То есть, например, поступление больных, распределение их по зонам. И это все можно собрать ретроспективно из данных историй болезни, построить отделение в модели, и там будут происходить те же самые процессы, что и в жизни. А дальше с моделью можно экспериментировать. Раз — и запустить сразу 100 человек пациентов. Массовое поступление. Мы сразу увидим, кого и чего нам не хватает, где нужно добавить койки, где — какие-то технологии, сколько требуется людей, чтобы не формировались задержки в оказании помощи.

И это не фантазии, а вполне себе виртуальная реальность. При запуске процесса видим на экране компьютера, как образовались очереди, как в них погибают виртуальные пациенты. В модели мы ищем оптимальные решения, можем спокойно пробовать различные варианты. Все это делается, чтобы потом, на практике, не допускать ошибок и не искать ответы. Мы проводили имитационные моделирования работы нашего отделения и нескольких отделений в России. И благодаря этому, например, наше стационарное отделение скорой медицинской помощи, которое было приемным отделением ковидного госпиталя, оказалось одним из немногих в России, где не было очередей из машин скорой помощи. Это немаловажно, потому что в тот момент каждая своевременно освободившаяся бригада — это по факту чья-то спасенная жизнь. Мы их быстро освобождали, отпускали. В других стационарах машины часто стояли в очереди по шесть, по восемь часов.

Имитационная модель стационарного отделения скорой медицинской помощи





Также мы планируем продолжать исследование и разработку перфузионных технологий и аппаратов для них, которых нам не хватает в России. Их очень много, они самые разные. Я уверен, что в НИИ хирургии и неотложной медицины, особенно когда появится новый корпус, мы найдем нишу для научных разработок в этом направлении. Сейчас на рынке объективно есть проблема с поставкой импортных аппаратов и комплектующих для перфузии.

На самом деле, сейчас прекрасное время для того, чтобы создавать свое новое в самых разных направлениях, в том числе в хирургии, в неотложной медицине. Так, например, уже есть ряд препаратов, которые лучше, чем импортные, но которые не могли получить своего выхода на рынок, пока были иностранные аналоги, потому что их интересы лоббируются фирмами. Аппараты, тот же кардиомассажер, которые мы разрабатываем — это все очень высокотехнологичные, дорогостоящие вещи, которые без специальной военной операции никогда бы не пришли на рынок. Это объективная реальность. Создание разнообразных устройств сейчас идет семимильными шагами. Уверен, что такие же процессы свойственны всем медицинским отраслям.

Отдел травматологии и ортопедии

Руководитель — заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова профессор Александр Кайсинович Дулаев.

В структуру отдела входят:

- Травматолого-ортопедическое отделение № 1 (заведующий — доктор медицинских наук Р. В. Гладков).
- Травматолого-ортопедическое отделение № 2 (заведующий — доктор медицинских наук А. Н. Цед).

Основным направлением деятельности травматолого-ортопедического отделения № 1 являются современные минимально инвазивные технологии остеосинтеза и артроскопии крупных суставов, а также спинальная хирургия.

Научно-практическим направлением деятельности травматолого-ортопедического отделения № 2 является эндопротезирование крупных суставов, хирургия стопы и голеностопного сустава, микрохирургия кисти.

С 2017 года отдел травматологии и ортопедии начал активно внедряться в работу по переподготовке профессиональных работников здравоохранения как на федеральном, так и региональном уровнях. Возглавила эту работу кандидат медицинских наук, доцент Е. А. Щепкина, которая за короткий промежуток

времени сумела организовать различные курсы повышения квалификации по основным направлениям клинической работы — это артроскопия коленного и плечевого суставов, первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов, лечение позвоночно-спинномозговых травм и основы инструментальной фиксации позвоночника, лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, основы остеосинтеза переломов костей конечностей.

С 2014 года под руководством и при непосредственном привлечении сотрудников отдела стала проводиться ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная актуальным вопросам острой травмы, ее последствий, а также организации травматолого-ортопедической помощи. Таким образом, отдел получил как общероссийскую, так и международную известность, что отразилось в присуждении сотрудникам многочисленных грамот, благодарностей и наград.

Сотрудниками отдела защищены четыре кандидатские и одна докторская диссертации.



Александр Кайсинович
Дулаев



Роман Владимирович
Гладков



Александр Николаевич
Цед

Александр Кайсинович Дулаев

Руководитель отдела травматологии и ортопедии
НИИ хирургии и неотложной медицины
Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии
Главный внештатный специалист травматолог-ортопед
комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Доктор медицинских наук, профессор



Каковы основная специализация и приоритетные направления отдела?

Мы занимаемся практически всеми направлениями в современной хирургии опорно-двигательной системы – это повреждения и заболевания позвоночника, эндопротезирование крупных суставов, артроскопическая хирургия и спортивная травматология, патология стоп, лечение деформаций и дефектов костей, травма опорно-двигательной системы, лечение заболеваний кисти.

Травматолого-ортопедическое отделение № 1 было открыто в 2014 году. Главные направления его работы: хирургия повреждений опорно-двигательного аппарата (остеосинтез переломов костей), хирургия позвоночника, спортивная травматология и артроскопическая хирургия суставов (коленного, плечевого и голеностопного), эндопротезирование суставов и артропластика (коленного и тазобедренного суставов), хирургия деформаций области коленного сустава, хирургия стопы и голеностопного сустава. Основная задача травматолого-ортопедического отделения № 2 (работает с 2016 года) – эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов.

С момента открытия отдела в клинике лечилось более 25 тысяч пациентов, было выполнено более 15 тысяч операций, из них более 10 тысяч эндопротезирований крупных суставов, более 500 вмешательств при травмах и заболеваниях позвоночника, более 5 тысяч артроскопических манипуляций и более тысячи операций на стопе и голеностопном суставе.

Расскажите, пожалуйста, о наиболее сложных и уникальных операциях.

Мы делаем все сложные операции при травме: первичное эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов (замену суставной поверхности, чтобы добиться идеально гладкого трения), ревизионное эндопротезирование, артроскопию коленного сустава, артроскопию плечевого сустава, выполняем хирургию деформаций стоп, остеосинтез перелома бедренной кости интрамедуллярным штифтом с блокированием.

Наиболее сложными являются ревизионные (повторные) операции на суставах. Если протез расшатывается после первичного эндопротезирования, возникает сложная ситуация, при которой из-за трения происходит рассасывание кости; иногда причиной становится инфекция вокруг импланта, которая вызывает воспаление. Ревизионное эндопротезирование – уникальная операция, их мало кто делает. Специалисту по ревизионному эндопротезированию ежегодно необходимо проводить не менее



«Если же ты травматолог, то как никто другой видишь плоды своей работы и чувствуешь глубокое удовлетворение от ощущения пользы и значимости своего дела»

100 подобных вмешательств, а лучше 300, иначе не стоит этим заниматься. Это операция, которая требует многократного повторения навыков.

Вторая технология — эндоскопическая хирургия суставов, артроскопия. МРТ позволяет увидеть воочию истончения очертаний хряща и провести операцию без вскрытия сустава. Раньше эти переломы лечили консервативно, накладывали гипс, человек лежал пять-шесть недель на вытяжении, перелом растягивался и становился на место. Затем у пациента образовывалась мозоль, которая скрепляла отломки, а сверху просто накладывали гипс. Сейчас так никто не делает, потому что это занимает много времени. Человек сломал ногу — а завтра ему уже надо ходить. Поэтому мы стараемся прооперировать в первый день. Что касается пожилых людей — их при переломах операции стараются сделать в первые 48 часов, так как за это время суставы не успевают «расклеиться». Им нельзя долго лежать, в неподвижном состоянии у них плохо вентилируются легкие, что чревато пневмонией со смертельным исходом.

Хотелось бы поинтересоваться, какая ведется научно-исследовательская деятельность?

НИИ хирургии и неотложной медицины — основная клиническая база кафедры травматологии и ортопедии. Среди подготовленных работ можно особенно выделить такие, как «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи больным с острой травматической и нетравматической патологией позвоночника в мегаполисе» (ответственный исполнитель — Д. И. Кутянов), «Выбор оптимальной хирургической тактики остеосинтеза внутрисуставных переломов латерального мыщелка большеберцовой кости с повреждением задней колонны» (ответственный исполнитель — И. Г. Беленький).

Научная трибуна кафедры — Всероссийский конгресс по травматологии с международным участием «Медицинская помощь при травмах: новое в организации и технологиях», который проводится в Санкт-Петербурге вот уже восьмой год. Медицинское сообщество обсуждает на нем такие актуальные темы, как помощь при травмах и неотложных состояниях в мирное и военное время, перспективы импортозамещения в России, роль национальной общественной профессиональной организации травматологов в системе здравоохранения РФ.

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга?

Хирургов много разных, и они успешно справляются со своими обязанностями. Просто это зависит от темперамента, от характера. Ну, правда, у каждого своя хирургия. Я, например, всю жизнь был стайером, проводил операции от шести до 12–14 часов и спокойно себя на них чувствовал. В операционной было лучше, чем на отделениях. Там мне все было известно, а в палате с больными часто сложно общаться, надо всегда сохранять выдержку. Поэтому надо набраться терпения и поощрять все, быть очень деликатным, не хамить, не грубить, не торопить, не отмахиваться. Это профессионализм, мы должны сострадать больным. Если человек выражает нетерпение, куда-нибудь убегает или хамит, то это плохой врач.

Хирурги торопятся, в отличие от терапевтов, потому что у них всегда запланировано много операций. Сейчас актуальна хирургия потоков, конвейеров. У нас, например, за год делается 800 эндопротезирований тазобедренного сустава — каждый день по четыре-пять вмешательств.

Надо очень четко менять больных. Ты только начинаешь зашивать — уже дают другого, потому что это все высокотехнологичная операция, за которую Университет получает деньги.

Хороший хирург может быть расслабленным и даже непутевым вне профессии, но он должен уметь концентрироваться в операционной, быть

там совсем другим человеком. Каждый использует свои сильные стороны для того, чтобы решать задачи. Допустим, более темпераментные люди быстро истощаются, поэтому проводят больше коротких операций — максимум на два-три часа. А те, которые обладают устойчивой нервной системой, предпочитают долгую хирургию. Кто-то любит макрохиргию, большие разрезы, правда, сейчас их никто не делает. А кто-то наоборот любит покопаться — золотые руки. В микроскоп посмотреть, нейрохирург без него не нейрохирург. Они все сразу учатся либо в лупе, либо с микроскопом.

*В чем разница между
травматологией и ортопедией?*

Травматология предполагает лечение свежих травм, а ортопедия — это работа с их последствиями. Травматология — всегда ургентная, неотложная хирургия. Конечно, можно не торопиться при переломах кости, но хорошим тоном является провести операцию в первые два дня. Клинические протоколы, которые сейчас разрабатывают, требуют вмешательства в течение 48 часов.

А ортопедия — это плановая хирургия. Ты должен назначить больного на конкретный день, согласовать его. Он должен быть готов, к этому дню нужно подобрать все анализы, чтобы он не находился в больнице ни лишнего дня и даже часа. Он может лежать, допустим, четыре-шесть дней, и за это время должен все успеть. Потому что если он будет находиться здесь дольше, то мы прооперируем меньше и меньше заработаем. Мы же самые рентабельные врачи — ортопеды и нейрохирурги.

*Кого Вы можете назвать своим
учителем?*

У меня их было много, на каждом этапе жизни ты у кого-то учишься. Я всех помню. Они учат как хирургии, так и жизни. Первым был Владимир Владимирович Руцкий, профессор Военно-медицинской академии, который в то время только что был назначен на почетную должность заместителя начальника кафедры военной травматологии и ортопедии, ассоциированную



с должностью заместителя главного травматолога МО СССР. Когда я к нему пришел, он уже был известным ученым, в 38 лет стал профессором. Занимался электростимуляцией регенерации костной ткани с целью оптимизации сращения тяжелых переломов костей конечностей, в том числе огнестрельных. Он привил мне любовь к поиску нестандартных, инновационных подходов к решению различных научных проблем. Что касается хирургической техники, умения правильно клинически мыслить, не допускать ошибок в диагностике, а также при определении программы лечения и в ходе операций, то своим главным учителем считаю Александра Анатольевича Артемьева. Это был хирург от Бога, обладающий незаурядным дарованием, для которого не существовало понятия невозможно или технически невыполнимо. Он удивлял и восхищал всех окружающих своими уникальными операциями. Почти все они были сложными и выполнялись им с безупречным качеством и удивительной легкостью. Он был настоящим кумиром для молодежи кафедры. Многие из тех, кому посчастливилось с ним работать, считают его своим учителем. Он был боевым офицером, участвовал в оказании медицинской помощи в Афганистане и на Северном Кавказе и признавался, что командировках чувствует себя комфортнее, чем дома. Александр Анатольевич обладал очень устойчивой нервной системой. Никогда не паниковал. Всю свою жизнь я пытаюсь ему подражать.

В зависимости от поведения в операционной хирурги условно разделяются на агрессивных и спокойных, веселых и флегматичных, холериков и сангвиников.

Для агрессивных нужно, чтобы все участники операции были в тонусе. Они ругаются, хамят, бьют по рукам, словом, выплескивают весь свой стресс на операционную бригаду. А есть хирурги – весельчаки, которые непрерывно



шутят, травят анекдоты или рассказывают смешные истории. Я всегда старался, чтобы на операции царила спокойная, доброжелательная рабочая обстановка. Я всегда хвалю своих ассистентов, говорю комплименты операционной сестре. Люди, которые комфортны, не устраивают стресс по пустякам, он нужен, когда надо адекватно реагировать. А если ты чувствуешь, что ситуация опасная, но ты контролируешь ее и можешь отреагировать в любой момент и погасить ее любые последствия, то ты спокоен. Особенно если ты уже опытный человек и видел это многократно, и знаешь, как это устраняется. У таких людей учатся, потому что они создают оптимальные для этого условия.

У нас свой шоу-бизнес. Мало того, что надо блестяще оперировать, чтобы кого-то удивить, надо действительно что-то из себя представлять. Надо уметь работать в любых условиях, как бы ни было некомфортно. Ты должен быть уверен в успехе, должен видеть операцию ночью во сне. Если ты ее проходишь до конца, значит, ты ее сделаешь.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

На учеников никогда нельзя кричать. Если повышаешь на них голос и требуешь — значит, не имеешь на них влияния. Ты должен улыбнуться и сказать — сделай, и он должен это выполнить. Не стоит использовать страх. Есть добрые дрессировщики, а есть злые. Добрый — который скажет, и ты должен быть уверен, что он пойдет и сделает все, что нужно. Мы же военные.





А их, кстати, очень любят ставить на разные ответственные должности. Они очень дисциплинированные и выполняют приказы, а это — святое. Не выполнить приказ — это преступление. Поэтому военные требуют железной дисциплины, но кричать для этого не надо и матом ругаться тоже. Просто пользоваться уважением.

Каковы, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы, стоящие сегодня перед травматологией?

Я ведь травматолог неслучайно, выбирал долго. Здесь я вижу реальный результат своего труда. Когда человек приходит, он вчера был здоровым, а сегодня он на грани жизни и смерти. И когда он из мешка с костями превращается снова в человека, и ты возвращаешь его к жизни, то это прекрасно.

Травматология — одна из самых оптимистичных специальностей. В онкологии все равно проиграешь, ты поддерживаешь больного, но все равно он медленно умирает на твоих глазах. Ты стараешься продлить пациенту каждый новый день, но это тягостно. А травматология позволяет возвращать людей к жизни. Терапевт лечит людей таблетками. Ты не видишь, как действует лекарство; все умозрительно, наши представления о человеке — примитивные, есть концепция, мы объясняем реакции, но на самом деле все может быть не так. Я знал ситуации, когда точки зрения на лечение менялись на 180 градусов. Если же ты травматолог, то как никто другой видишь плоды своей работы и чувствуешь глубокое удовлетворение от ощущения пользы и значимости своего дела.



Виктор Петрович Морозов

Заведующий кафедрой общей хирургии с клиникой

Профессор кафедры хирургии факультетской с курсами
лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой

Доктор медицинских наук, профессор

Как изменилась работа кафедры в связи с организацией НИИ хирургии и неотложной медицины? Как устроено взаимодействие хирургических кафедр в институте?

В 2014 году на базе ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова был сформирован НИИ хирургии и неотложной медицины. В его создании важное значение имела строительная реконструкция клинических зданий Университета. После проведенных работ основные подразделения НИИ, а это приемное отделение, реанимационные и операционные, диагностические отделения и хирургические кафедральные подразделения объединились в комплекс с шаговой доступностью для пациентов и обучающихся. Обследование, подготовка к операциям и выполнение хирургических вмешательств в НИИ хирургии проводятся в круглосуточном режиме.

Организован круглосуточный доступ к сложным и дорогостоящим диагностическим технологиям (компьютерным, ангиографическим, эндоскопическим, физиологическим и другим). Операционные оснащены новейшей аппаратурой, обеспечивающей выполнение операций согласно требованиям современных научно-клинических рекомендаций. Перечисленные особенности организации работы института обеспечивают хорошие условия для образовательного процесса на клинических кафедрах.

С началом работы НИИ хирургии изменились принципы организации лечебной, научной и преподавательской деятельности на кафедре общей хирургии. Обозначилась четко выраженная специализация в хирургической и научной деятельности кафедры.

В последние годы кафедра общей хирургии стала активно заниматься лечением пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и с колопроктологическими болезнями. Большой опыт лапароскопической и малоинвазивной хирургии успешно применяется сотрудниками кафедры для лечения пациентов с болезнью Крона. Щадящее отношение к резекционным операциям кишечника у больных с высоким риском рецидивов болезни Крона сохраняет им удовлетворительное качество жизни в послеоперационном периоде.

На кафедре успешно применяется новая методика лечения прямокишечных язв и свищей стволовыми клетками костного мозга. Она дает хороший эффект у больных с ослабленным местным иммунитетом, уже получены обнадеживающие результаты. Широко используются лазерные технологии, снижающие травматичность операций при варикозной болезни, геморрое. Малотравматичные лазерные операции эффективны и при лечении многих форм пельвиоректальных свищей.

Специализация — важное условие для углубленного изучения и внедрения новых методов диагностики и оперативного лечения больных в современной хирургии. Активное участие преподавателей в лечебной работе института, где применяются новейшие методики, обогащает их клинический опыт и теоретическую подготовку. Последние обеспечивают должный уровень образовательного процесса на кафедре. Именно знания и личный хирургический опыт преподавателя является важнейшим условием для качественного обучения студентов и клинических ординаторов.

Таким образом, НИИ хирургии и неотложной медицины, выполняя лечебные и научные задачи, стал центром обучения преподавателей, студентов и молодых врачей-хирургов. Все подразделения доступны для проведения учебных занятий по курсу общей хирургии у постели больного и в операционной.

Каковы, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы, стоящие сегодня перед областью хирургии?

На мой взгляд, это профилактика и лечение инфекций, что актуально для всех хирургических направлений. Серьезной организационной проблемой становится снижение конкуренции между молодыми врачами в хирургии. Возможно, это обусловлено тяжелыми условиями работы и неадекватной оплатой труда молодых специалистов.

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга?

Хирургия – это не просто специальность, это образ жизни. Доверие пациентов и обязательства перед ними доминируют над другими приоритетами в личной жизни. Важное условие для успешной работы хирурга – его мануальные способности и навыки. Они нарабатываются длительными тренировками на макетах и в симуляционных классах.

Однако первостепенное значение в хирургической работе имеет теоретическая подготовка и умение разумно применять полученные знания на практике. Именно хорошие теоретические знания определяют точность



диагностики, безошибочное планирование этапов операции и способность, при необходимости, мгновенно применить новое решение для успешного завершения операции.

Высокое нервное и физическое напряжение может диктовать условия работы хирурга, поэтому он должен быть здоровым и уравновешенным человеком. Требования к личности хирурга определяются его ответственностью перед пациентом и родственниками больного. Важно искренне сострадать и сочувствовать каждому пациенту. Последнее, хирург должен хорошо разбираться в смежных областях медицины.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

Своими учителями считаю профессоров Льва Васильевича Поташова, Анатолия Михайловича Игнашова, Бориса Ивановича Мирошникова, доцента Виктора Георгиевича Учваткина и всех других врачей, с кем мне посчастливилось работать.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

Хирургический коллектив не может успешно работать без взаимного уважения и доверия между коллегами и учениками. Очень важно создать условия для честного и доброжелательного анализа совершаемых хирургических ошибок. И, наконец, моральная поддержка и помощь коллег в сложных профессиональных ситуациях является главной составляющей морального климата в хирургических отделениях.

Что самое сложное в вашей профессии?

Ощущение беспомощности у постели смертельно больного человека и переживания, вызванные летальным исходом после выполненной хирургом операции.

Что бы Вы посоветовали молодым врачам, которые не мыслят свою жизнь вне хирургии?

Я бы напомнил, что есть много интересных, важных и достойных внимания дел и событий вне хирургии. Такой специалист обязан в них участвовать, расширяя свой общий кругозор и эрудицию. Молодому врачу я бы посоветовал много читать: и художественной, и специализированной литературы, развивать мануальные навыки ежедневными тренировками, но не на больных, а на муляжах и в симуляционных классах, дежурить с опытными хирургами в ввозные дни, лучше в праздничные — работы больше. И, последнее, объяснил бы ему, что в хирургии мало места для романтики, здесь много интересной, но тяжелой работы и очень много ответственности.

Дмитрий Игоревич Василевский

Заведующий кафедрой хирургических болезней
стоматологического факультета им. проф. А. М. Ганичкина

Руководитель хирургического отделения № 2
(герниологии и бариатрической хирургии)

Доктор медицинских наук, профессор



**Как устроено взаимодействие
хирургических кафедр в НИИ хирургии
и неотложной медицины?
Как изменилась работа кафедры
с организацией института?**

Сразу же необходимо оговориться, что я работаю в Университете с 2015 года, а избран на должность заведующего кафедрой в 2023 году. Однако все, что касается постепенного формирования общей идеологии и взаимодействия различных подразделений НИИ хирургии и неотложной медицины, наблюдал непосредственно. Ключевой парадигмой, на мой взгляд, стало совместное и максимально эффективное решение клинических и научных вопросов специалистами всех направлений, а также разработка перспективных проектов на стыке различных хирургических дисциплин.

Обоснованность подобного подхода сегодня, по-моему, не вызывает сомнения ни у кого, а его результатом являются лидирующие позиции Университета практически во всех направлениях хирургической деятельности: кардио- и сосудистой хирургии, онкологии, трансплантологии, хирургии, эндоскопии, урологии, гинекологии, оториноларингологии и так далее.

Наглядным примером может служить организация деятельности научно-практического направления по лечению избыточной массы тела и ожирения (Центра лечения ожирения и метаболических нарушений), которым я руковожу. Пациенты с данной патологией являются исключительно сложными из-за обусловленных избыточной массой тела тяжелых заболеваний: артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, атеросклероза, ишемической болезни сердца, гиповентиляционного синдрома. Хирургическое вмешательство является лишь частью сложных, требующих интеграции знаний и навыков большого количества специалистов различных направлений. Только такой подход позволяет добиться максимально эффективного и безопасного результата. И он реализован в НИИ хирургии и неотложной медицины. То же самое можно сказать и о лечении пациентов со сложными грыжами брюшной стенки, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, синдромом компрессии чревного ствола и другими патологиями. Стандарты современной медицины требуют мультидисциплинарного подхода практически во всех областях хирургии.

**Расскажите, пожалуйста, о самых
сложных операциях, выполняемых
на отделении.**

Все пациенты — разные, а любая операция всегда требует максимальной концентрации и отдачи.

Трудно оперировать тяжелых по совокупности заболеваний людей: нет права даже на минимальную погрешность. Непросто проводить вмешательства после осложнений, которые, к сожалению, все равно бывают в практике любого хирурга. Сложно подходить к операционному столу, когда нужно лечить друзей, знакомых, их близких. Психологически трудно. Груз ответственности становится еще больше.



«Хирургия — прикладная сфера медицины, в значительной степени зависящая от прогресса в смежных специальностях. Пример тому — расширение возможностей во всех направлениях оперативных специальностей в медицине вслед за успехами анестезиологии»

Какие методики диагностики или лечения на отделении Вы назвали бы уникальными?

Уникальность в современной медицине — вопрос относительный. Все новое и перспективное не скрывается, а наоборот — делается достоянием других. Таков основной принцип — помощь страдающим людям.

По всем направлениям деятельности подразделения мы используем только самые передовые, максимально надежные и безопасные методы диагностики и лечения пациентов.

Хотелось бы поинтересоваться, что нового внедрено в работу учреждения за время Вашей работы?

За время моей работы удалось полноценно развить оказание эффективной помощи больным с ожирением. Реализованный в НИИ хирургии и неотложной медицины подход позволяет подготовить практически любого пациента, страдающего этим недугом, к хирургическому лечению. Иногда это требует установки внутрижелудочного баллона для снижения веса, иногда — медикаментозной коррекции сопутствующих заболеваний или другого оперативного вмешательства, направленного на устранение угрожающих жизни состояний. А бывает наоборот: бариатрическая операция является подготовкой к лечению других патологий. В качестве примеров можно привести хирургическое лечение ожирения пациентов, готовящихся к трансплантации почки или кардиохирургической операции.

В последние годы в повседневную практику НИИ хирургии и неотложной медицины вошло лапароскопическое лечение синдрома компрессии чревного ствола. Для снижения риска тяжелого кровотечения при данной операции внедрены методики эндоваскулярной поддержки (страховки) с помощью устанавливаемых в аорту и чревный ствол баллонов, раскрываемых при возникновении осложнения. Активно проводятся операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Выбор операции всегда осуществляется с помощью сотрудников отдела эндоскопии на основании индивидуальных анатомических и физиологических особенностей верхних отделов пищеварительного тракта пациента. Все перечисленные направления занимают передовые позиции в современной не только отечественной, но и зарубежной медицине.

Каковы, по Вашему мнению, наиболее серьезные проблемы, стоящие сегодня перед хирургией вообще и бариатрической хирургией в частности?

Проблемой хирургии, как во времена ее зарождения, так и в настоящее время, и в будущем, останется безопасность. Развитие медицины позволяет постепенно снижать вероятность осложнений и неблагоприятных исходов, но, к сожалению, не исключает их полностью.

Что можно сказать о перспективах развития бариатрической хирургии в институте?

Думаю, что перспективы развития напрямую зависят от появления новых медицинских технологий. Причем совершенно не обязательно именно хирургических. Скорее, наоборот. Хирургия — прикладная сфера медицины, в значительной степени зависящая от прогресса в смежных специальностях. Пример тому — расширение возможностей во всех направлениях оперативных специальностей в медицине вслед за успехами анестезиологии.

Еще одной важной стратегией, безусловно, является минимизация хирургической травмы. По этому пути мир идет последние три десятилетия. Большое количество еще вчера классических операций ушло в прошлое, уступив место новым, минимально травматичным. Будущее именно за такими технологиями.

Какие обязательные навыки, черты характера должны быть у людей, которые выбирают профессию хирурга?

Это вопрос очень сложный, и на него есть много ответов в зависимости от плоскости восприятия. Наверное, ответственность, в равной степени — смелость и осторожность. И любовь к людям. Сострадание. Как и для других медицинских специальностей. Всему остальному научить не трудно.

Кого Вы можете назвать своим учителем?

У меня было два учителя. С большой буквы. Когда я только начинал свою профессиональную деятельность — профессор Виктор Николаевич Горбачев. К сожалению, его уже нет с нами. Второй, в более зрелом возрасте — Сергей Федорович Багненко. Учитель — человек, который наставляет не только в профессии, но и формирует мировоззрение, отношение к людям, к жизни. Помогает понять, кто ты сам, зачем и куда идешь в жизни. Помогает стать сильнее. Обоим учителям я обязан очень многим.

Что Вы считаете главным во взаимоотношениях с коллегами, учениками?

Думаю, честность. Все остальное — вторично. Ошибаются все. Каждый в чем-то слабее других. Мы не совершенны. И нужно уметь это признавать. Поэтому честность. И уважение к другим людям. К сожалению, у меня не всегда получается. Осознаю и стараюсь всегда извиняться.

Что самое сложное в вашей профессии?

Переносить неудачи. Ведь любое фиаско хирурга — это чье-то здоровье, жизнь... И оставаться после этого в профессии. Неудачи не забываются, просто боль от них становится тупой.

Что бы Вы посоветовали молодым врачам, которые не мыслят свою жизнь вне хирургии?

Посоветовал бы хорошенько подумать, выбирая профессию. А приняв решение — быть готовым служить людям, не думая о себе. На всю профессиональную жизнь.



Отделение химиотерапии опухолей



**Сергей
Владимирович
Орлов**

Руководитель онкологического
отделения № 9 (химиотерапии)
НИИ хирургии и неотложной
медицины

Доктор медицинских наук,
член-корреспондент РАН,
профессор



**Ирина
Александровна
Зарембо**

Заведующая онкологическим
отделением № 9 (химиотерапии)
НИИ хирургии и неотложной
медицины

Кандидат медицинских наук

В апреле 2019 года в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ было открыто новое онкологическое отделение № 9 (химиотерапии), основной задачей которого стало оказание специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями различных органов путем проведения лекарственной терапии (химиотерапии, таргетной и иммунотерапии).

Под руководством члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, профессора Сергея Владимировича Орлова еженедельно проводятся консилиумы с привлечением специалистов Университета по радиотерапии, молекулярной генетике, хирургии злокачественных опухолей; клинических онкологов для определения тактики обследования и лечения больных с солидными опухолями различных органов

(желудочно-кишечного тракта, легких, молочной железы, мочевыделительной системы и других). Лекарственная терапия проводится и как самостоятельный метод, и как этап комбинированного или комплексного методов лечения.

В отделении, возглавляемом кандидатом медицинских наук Ириной Александровной Зарембо, работает слаженный коллектив врачей-онкологов (К. Э. Гагуа, С. А. Васильев, Д. И. Филиппов, М. А. Уртеннова, М. А. Свириденко, С. В. Одинцова, А. О. Черемных, Е. А. Дегтярева, А. В. Захаренко, А. А. Мусаелян); лечение проводится согласно современным рекомендациям, с учетом стадии заболевания и необходимостью своевременной профилактики осложнений, которые могут возникнуть в процессе химиотерапии.

Содержание

2	Ректор ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Сергей Федорович Багненко	71	Отдел трансплантологии и органного донорства
12	Почетный президент НИИ хирургии и неотложной медицины Николай Антонович Яицкий	73	Руководитель отдела Алексей Николаевич Ананьев
16	Научно-клинический центр анестезиологии и реаниматологии	77	Отдел эндоскопии и внутриспросветной хирургии
23	Руководитель центра Юрий Сергеевич Полушин	79	Руководитель отдела Александр Александрович Смирнов
31	Структура НИИ хирургии и неотложной медицины	86	Отдел общей и неотложной хирургии
33	Научно-клинический центр сердечно-сосудистой хирургии	88	Руководитель отдела Андрей Юрьевич Корольков
34	Руководитель центра Геннадий Григорьевич Хубулава	92	Отдел онкохирургии
39	Научно-исследовательский центр урологии	94	Руководитель отдела Александр Анатольевич Захаренко
41	Руководитель центра Сергей Борисович Петров	102	Отдел скорой медицинской помощи
48	Отдел нейрохирургии	103	Руководитель отдела Вадим Михайлович Теплов
50	Руководитель отдела Владислав Юрьевич Черebilло	112	Отдел травматологии и ортопедии
57	Научно-клинический центр оториноларингологии	113	Руководитель отдела Александр Кайсинович Дулаев
58	Заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой Сергей Анатольевич Карпищенко	120	Заведующий кафедрой общей хирургии с клиникой Виктор Петрович Морозов
62	Сурдологопедический кабинет	123	Заведующий кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета им. проф. А. М. Ганичкина Дмитрий Игоревич Василевский
64	Отдел торакальной хирургии	127	Отделение химиотерапии опухолей
65	Руководитель отдела Андрей Леонидович Акопов		

