

Многие ведущие хирурги страны считают его своим учителем. Он делал первые шаги в эндоскопической хирургии ещё в 70-е годы прошлого века, в 1992 г. стоял у истоков создания Ассоциации эндоскопии и малоинвазивной хирургии, ставшей основой Российского общества эндоскопических хирургов. И сегодня, несмотря на годы, в его глазах огонь молодого человека и страсть создателя.

Вице-президент РОЭХ, профессор, лауреат Государственной премии РФ Алексей БАЛАЛЫКИН отвечает на вопросы обозревателя «МГ» Альберта ХИСАМОВА.

– Алексей Степанович, вы ученик знаменитых хирургов – Юлия Ефимовича Берёзова и Виктора Сергеевича Савельева. Трудна ли была дорога в известные московские клиники?

– Как и Виктор Сергеевич, я – тамбовский, родился в Мичуринске. После школы поступил в Ростовский мединститут, а оканчивал медвуз в Одессе. Отработав 3 года сельским хирургом в районном центре Одесской области, в 1966 г. поступил в аспирантуру 2-го Меда. Тогда меня особенно волновали хирургические ошибки в диагностике острого живота, приводящие к ошибкам в тактике с последующими неудачами в лечении. При поступлении пациента с неясными проявлениями перитонита или желудочно-кишечными кровотечениями в то время придерживались классической системы: либо сразу оперировать, либо – если не ясен диагноз – наблюдать за больным в динамике. Последнее было, с одной стороны, обоснованно, с другой – рискованно, особенно при атипических проявлениях острых хирургических заболеваний из-за разных причин: анатомических аномалий, плохого иммунитета, сочетанной хирургической, гинекологической, урологической патологии.

И потому я попросил моего непосредственного научного руководителя Юлиа Ефимовича Берёзова поручить мне исследовательскую работу по лапароскопии. Но он сказал: «Лапароскопия – тема непонятная, а тебе за 3 года надо защититься». И дал мне «лабораторную» работу, а лапароскопическую чуть позже поручил другому аспиранту, врачу из Муромы Вениамину Сотникову. Кстати, в книге по эндоскопии, изданной в том же 1966 г., которую Юлий Ефимович написал в соавторстве с Генрихом Ильичём Лукомским, было написано: «проведение лапароскопии противопоказано при острых хирургических заболеваниях».

И когда я после окончания аспирантуры попал в клинику Савельева в Первой градской, то попросил Виктора Сергеевича разрешить мне заниматься эндоскопией, тем более что в кабинете «хозяйственного» ассистента я обнаружил две коробки, в одной из которых лежал гастроскоп «Олимпус» с 6-сантиметровым металлическим наконечником, а в другой – лапароскоп.

– Разрешил?

– Отпустил на 2 дня в НИИ гастроэнтерологии, где первыми моими учителями были Лев Константинович Соколов и Юрий Васильевич Васильев. Вернувшись в Первую градскую, я начал заниматься эндоскопией, приспособив для этого огромное помещение... перед туалетами. Закатывал туда каталку, аппарат и проводил эндоскопические исследования. Negatively плёнку доставал на «Мосфильме», там же делал позитивы и столь труд-

но делаемые эндофотографии, которые легли в основу первой монографии по эндоскопии.

Через несколько дней шеф меня вызвал: «Ты что больным мешаешь в туалет ходить?» Я всё объяснил, и Виктор Сергеевич попросил доложить результаты. «Делай эндоскопию либо в рентгенкабинете, либо в перевязочной после 3-4 часов, когда все закончат работу». Эндоскопию тогда большинство хирургов не воспринимали серьёзно.

– И когда начали признавать?

– Однажды в 70-е годы при обходе обнаружил больного с

ется 1972 г. Я обнаружил полип в желудке и через катетер с помощью петли из рыболовной лески начал его удалять. Было очень трудно его передавить, позвал на помощь Валентина Михайловича Буянова. Это была первая эндоскопическая петельная полипэктомия. Потом мы узнали, что японцы в это же время сделали две такие операции – с помощью созданной ими электропетли. А мы продолжали использовать подручный материал: брали гитарную струну, вводили её в катетер, делали петлю и подключали к электроножу.

чем Васильевым, и в Институте хирургии им. А.В.Вишневского была сделана первая папиллотомия большого дуоденального сосочка, открывшая проведение разнообразных чрезпапиллярных операций (разрушение и удаление камней, стентирование, назобилиарное дренирование).

– Какие клиники, кроме упомянутых, занимались тогда лапароскопией?

– Новое направление развивалось в 4-м Главном управлении, в клиниках Юлиа Ефимовича Берёзова, Валентина Сергеевича Маята и его учеников. Крупную по-

том, что эндоскопия при таких заболеваниях продолжала считаться противопоказанной. К примеру, на заседании Московского общества хирургов о роли эндоскопии при желудочно-кишечных кровотечениях выступили Виктор Иванович Стручков, Эммануил Викентьевич Луцевич, Игорь Николаевич Белов. Зал встретил сообщение молчанием. Я тоже выступил, говорил, что в клинике Савельева мы также применяем эндоскопию при кровотечениях и считаем, что новый метод может решить проблему диагностики в большинстве случаев. Но вышел

Беседы с корифеями

Когда-то в эндохирургии мы были первыми в мире

Устремлённый в будущее разговор о прошлом



вздутым животом и температурой под 39. Перитонит? Думаю, дайка я ему лапароскопию сделаю. Рискнул нарушить все правила, вхожу в живот, а там полно гноя. Делаю лапаротомию – деструктивный аппендицит, перитонит.

В тот же день следующая история: в приёмной красавица-женщина рассказывает о том, что, вернувшись с банкета, поскольку нулась дома в ванной, ударилась боком. Пришла показаться, а вдруг что... Я решил и ей сделать лапароскопию и нашёл разрыв печени по всей нижней поверхности и 500 мл крови в животе! Оба раза мне попало от шефа за то, что не диагностировал перитонит и кровь в животе до лапароскопии. Ошибки я признал, но с тех пор новый метод получил в больнице «официальную прописку».

Как исторический воспомина-

Первые операции полипэктомии открывали новые перспективы для применения морфологических методов.

– То есть тогда вы подготовили широкое поле деятельности для морфологов?

– Тогда они не оценили перспектив, связанных с удалением целостного новообразования и потому несколько отстали от зарубежных специалистов с изучением канцерогенеза. А в 1977 г. мы опубликовали первую книгу по эндоскопии органов брюшной полости. Кроме нашей желудочной полипэктомии в 70-е годы произошли и другие исторические события в эндоскопии – полипэктомия в толстой кишке, выполненная Юрием Матвеевичем Корниловым, ретроградная панкреатохолангиография, проведённая Юрием Васильеви-

объёму работу в то время проводил Юрий Михайлович Семин в Киевском НИИ клинической и экспериментальной хирургии. При этом в 1980 г. на первой конференции эндоскопистов в Таллине Семин подняли на смех, когда он представил обширный материал – около тысячи эндоскопических ретроградных вмешательств! Примерно 30% из них – папиллотомии. Делал таких вмешательств Семин по 5-10 в сутки. На таллинской конференции киевского коллегу поддержали только я и Юрий Иосифович Галингер, один из пионеров отечественной эндоскопии. А ведь прозвучало новое слово в хирургии – эндоскопические операции на желчных протоках!

Трудно приживалось новое направление. Помню, как в начале 70-х годов к нам в клинику приехал из Свердловска основоположник хирургической лапароскопии Иосиф Давыдович Прудков: показывал свою воздушную иглу в виде спирали для холецистостомии. У него в конце 60-х – начале 70-х годов был накоплен огромный материал. Показывает иглу – в аудитории смех. У хирургов тогда менталитет был совсем другой – о щадящих вмешательствах мало кто думал. А Иосиф Давыдович мне подарил свою иглу, и я тоже сделал несколько операций по его методу. Именно тогда зарождалось новое направление в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, особенно желтух, с помощью гибкой эндоскопии. Заимствовал разработки по органостомии у Прудкова, мы разработали комплексное эндоскопическое лечение желтух. В 70-е годы мы многократно диагностировали ранний рак желудка и оперировали, и в последствии в контрольной группе оперированных открытым доступом не находили метастазов! За рубежом ничего подобного тогда не было.

– Получается, что в конце 60-х – начале 70-х годов СССР был впереди планеты всей по внедрению неотложной эндоскопии при острых хирургических заболеваниях?

– Советские хирурги коренным образом пересмотрели взгляды на применение эндоскопических методик в клинической практике и показали их высокую диагностическую эффективность при острых хирургических заболеваниях и их осложнениях. И это при

мой первый учитель Ю.Е.Берёзов, обладавший острым юмором и крепким словом: «Двадцать лет я вскрываю желудок и не нахожу источника кровотечения. Как вы в крови эндоскопом можете что-то найти?!» При этом Вениамин Сотников, о котором я уже говорил, защитил у него диссертацию по эндоскопии и успешно применял её при неотложной помощи. Но Юлий Ефимович не говорил о полезности метода на всю страну, хотя, как и Савельев, в своей клинике его поощрял.

– Благодаря вашим трудам изменилась тактика лечения больных, были исключены периоды «динамического наблюдения» с ними и проведение «диагностических лапаротомий», открылись широкие перспективы инфузии и перфузии брюшной полости лекарственными препаратами...

– Эта методика актуальна и теперь, она легла в основу разработанного в клинике Савельева «закрытого метода» лечения панкреатогенного перитонита. Она абсолютно изменила подход к лечению «гинекологического перитонита» (открытого пельвиоперитонита), предотвратив проведение лапаротомии и обеспечивая этим известные преимущества. В 70-е годы были заложены основы рациональной тактики лечения желудочно-кишечных кровотечений, кишечной непроходимости, желтух и т.д. путём внедрения неотложной эндоскопии. В 70-е годы прошлого века мы создали классификацию кровотечений, а на её основе – тактику ведения больных и индивидуальные принципы лечения.

– Уже в начале 90-х годов вы впервые в стране провели лапароскопическую кардиомиотомию, различные виды ваготомий, торакоабдоминальную ваготомию, чрезпапиллярные операции, были вторым хирургом в России, сделавшим эндоскопическую холецистэктомию...

– Это было уже совсем другое время – началась эра совершенствования эндоскопии путём создания высококачественной техники. Законодателями мод в направлении стали немецкие, французские, японские, американские хирурги, в первую очередь представители стран, где эта техника производилась. Тогда я очень активно занимался пропагандой эндохирургии. Объез-

дил всю Россию и Украину, только на Сахалине был 5 раз, проводил показательные операции за рубежом – в Китае, Венгрии, Бельгии. Сейчас приятно сознавать, что многие наши хирурги владеют эндохирургией на мировом уровне, полностью лапароскопически проводят столь сложные вмешательства, как панкреатоду-

оденная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-



В операционной

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-



Профессор Алексей Балалыкин с учениками Владимиром Гвоздиком (слева) и Михаилом Амеличкиным

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

дентальная резекция. Хотел бы назвать имена Игоря Хатькова, Вячеслава и Александра Сажиных, Олега Луцевича, Эдуарда Галлямова, Константина Пучкова – всех трудно перечислить... Но я думаю и об отрицательных моментах в развитии направления. Например, считаю ошибкой, что когда координационный совет по эндоскопии при Минздраве России создал специальность «эндоскопист», то привязал врачей к аппарату, а не наборот. Эн-

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Тенденции

Федеральным клиникам — дополнительные средства

Подведомственные Минздраву России медицинские учреждения получат до конца года дополнительно 14,4 млрд руб. Это предусмотрено постановлением Правительства РФ о предоставлении федеральным клиникам средств из нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС на оказание медицинской помощи в 2014 г.

Согласно утверждённым кабинетом министров правилам, деньги пойдут на финансирование оказания этими госучреждениями медицинской помощи, включённой в базовую программу ОМС, а также высокотехнологичной медицинской помощи. Общий размер предоставляемых Федеральным фондом ОМС межбюджетных трансфертов составит 24,54 млрд руб. Помимо 14,4 млрд, выделенных Минздраву, 5,7 млрд руб. получит ФМБА, 3,9 млрд – ФАНО, 0,37 млрд – Управление делами Президента

РФ и 0,17 млрд руб. – Минтруд России.

На выделенные клиникам Минздрава средства планируется оказать специализированную медицинскую помощь 456,6 тыс. пациентов, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь – 66 тыс. больных. Для стимулирования федеральных учреждений к повышению эффективности использования своего кадрового потенциала и коечного фонда установлены предельные максимальный (0,95) и минимальный (0,85) значения коэффициента использования ресурсов.

В текущем году, как уже сообщила «МГ», финансирование федеральных клиник было сокращено на 35-40%, вследствие чего они столкнулись с трудностями. Теперь, помимо указанного дополнительного финансирования из средств Федерального фонда ОМС, предполагается, что клиники федерального подчинения будут финансироваться

в 2015 г. в бюджете фонда отдельной строкой.

Правительство РФ приняло также постановление о мерах по повышению эффективности инвестирования временно свободных средств фонда ОМС. Этим документом установлены требования для кредитных организаций, в депозиты которых эти средства могут размещаться: наличие собственных средств (капитала) не менее 10 млрд руб. (вместо 5 млрд) или прямой (косвенный) контроль Банка России или Российской Федерации.

Постановление направлено на повышение эффективности инвестирования временно свободных средств Федерального фонда ОМС и территориальных фондов, резерва средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Визиты

За опытом в Коми

Делегация Министерства здравоохранения Амурской области посетила Республику Коми, чтобы ознакомиться с передовым опытом по лечению детей и предотвращению детской смертности в регионе. В состав амурской делегации вошли представители Минздрава области, главный врач перинатального центра, главный акушер-гинеколог, главный неонатолог.

Медики посетили Республиканскую детскую больницу, Ухтинский межтерриториальный родильный дом, Республиканский перинатальный центр и детскую поликлинику Сыктывкара.

Начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Минздрава области Людмила Моногарова пояснила, что выбор пал именно на Коми, потому что регион сопоставим с Амурской областью

по численности и плотности населения, количеству родов в год. Кроме того, и у Амурской области, и у Республики Коми большая территория, часть из которой труднодоступна и имеет малую плотность населения, что осложняет оказание медпомощи населению.

По словам амурских докторов, в республике они увидели очень много интересного. Специалисты отметили, что в Коми давно и грамотно выстроена система поуровневого оказания медпомощи беременным, роженицам, новорожденным, детям первого года жизни. Развита технология выхаживания недоношенных детей, предусмотрена социальная поддержка беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации. Им оплачивают проезд до медучреждений Сыктывкара.

Главный специалист-неонатолог Минздрава Амурской области заместитель главного врача

детской областной клинической больницы Мария Харченко отметила, что в учреждениях здравоохранения, которые они посетили, работают специалисты высочайшего уровня, энтузиасты своего дела. Она обратила внимание на высокий потенциал врачей. «Работать при таком дефиците кадров так хорошо могут только преданные своей профессии люди», – подчеркнула она.

Л.Моногарова сообщила, что это не последняя поездка амурских врачей в Коми. В следующий раз, по её словам, в Республику Коми отправятся акушеры-гинекологи, реаниматологи, неонатологи, чтобы они смогли углублённо познакомиться с методами работы, диагностики и лечения местных медиков.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Решения

Частники вне больниц

«Частные клиники нужно лишить права арендовать помещения в государственных больницах Крыма», – заявил и.о. главы республики Сергей Аксёнов. Он поручил провести эту работу в течение ближайшего месяца.

«В месячный срок частные клиники должны найти себе другие помещения и переехать, – подчеркнул С.Аксёнов. – Это принципиальный вопрос. И это решение обжалованию не подлежит».

Глава региона также отметил, что власти полуострова не против существования частных клиник и даже готовы помочь предпринимателям в поисках новых помещений, однако на территории государственных учреждений работать и взывать деньги не следует.

Стоит напомнить, что в июне сего года власти Крыма решили также убрать из больниц частные аптеки, которые, с их слов, в разы завышали цены на медикаменты. Отныне вместо

них в медицинских учреждениях должны появиться киоски государственной аптечной сети «Фармация». На сегодняшний день это уже удалось сделать в стационарах Симферополя.

По словам главы Минздрава республики Александра Бахарова, на первую закупку лекарств и оснащение аптечных киосков государством выделено чуть более 8 млн руб.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!