

Все мы видим, что на протяжении последних лет очень многое делается для укрепления обороноспособности России. Но в одном из важнейших аспектов, я считаю, мы сильно отстаём от того уровня, который нам был присущ, который нарабатывался в годы Великой Отечественной войны. Я говорю о готовности нашей «гражданской» хирургии к эффективной работе в условиях масштабного военного конфликта.

Многие скажут: характер современных военных столкновений изменился, сейчас только локальные конфликты случаются; массовая востребованность всесторонне подготовленных хирургов не предвидится. Категорически не могу с этим согласиться! Именно для того, чтобы шансы возникновения большого конфликта были сведены к минимуму (а лучше, естественно, к нулю), нашей стране абсолютно необходимы: ядерная триада и... много хирургов с разносторонней подготовкой.

Именно с этой целью мы в Башкирском государственном медицинском университете решили проводить специализацию молодых врачей в области многопрофильной хирургии, тесно связанной со спецификой военно-полевой медицины. Уверен: необходимо минимизировать разрыв в универсальности, «поливалентности» базовой подготовки военных и гражданских хирургов, поскольку гражданские врачи в этом вопросе многие важнейшие вещи упустили.

Есть масса конкретных примеров, как в ходе Великой Отечественной войны тяжелораненых буквально собирали по частям и многие из них смогли ещё Родине послужить. Значит, в полевых медсанбатах работали толковые хирурги, которые умели из этих солдат, получивших большую порцию свинца, «лепить» будущих полноценных членов общества. Потому что без немедленной квалифицированной хирургической помощи их в тыл довести было бы невозможно. Во время Отечественной войны 73% раненых были возвращены армии и это очень высокий показатель уровня готовности оперировавших врачей.

Во фронтовых условиях быстро и неизбежно наступает момент, когда остаются врач со скальпелем и человек, жизнь которого зависит только от того, что этот врач умеет, от его профессионального кругозора и практических навыков. Так вот, этот кругозор, этот набор практических навыков за последние 15-20 лет у подавляющего большинства «гражданских» хирургов сведён к минимуму, до абсурда. Между тем, в обстановке, когда доставляют всех подряд, с ранениями от макушки до ступни, хирургу надо быть готовым ко всему. Однако, такой разносторонней подготовки мы сейчас не даём ни студенту на факультете, ни врачу в операционной.

Когда-то мне, ещё молодому врачу, трижды всерьёз повезло.

Между нами, коллегам

# Хирург должен быть «поливалентным». Должен...

## Необходимо минимизировать разрыв в подготовке врачей

Впервые, когда свежееиспечённо-му кандидату наук после защиты отец посоветовал... отправиться поработать в деревню. В одном из райцентров как-то сразу больница лишилась трёх хирургов. Более полугодом я в одиночку отдувался за троих, только полостных операций сделал около 150. Зато как хирург стал ощущать себя намного увереннее.

Второй раз повезло мне с учителем в уфимской клинике. Я представитель школы профессора Н.Гатауллина, который сам был аспирантом выдающегося военно-полевого хирурга, академика А.Вишневого. Наиль Гайнатович стал основателем и сердечно-сосудистой, и грудной хирургии в Башкирии. Он оперировал на самых разных органах и всегда с большим знанием дела.

В третий раз мне повезло на протяжении 2,5 лет проходить многоэтапную специализацию у академика В.Савельева. А Виктор Сергеевич сегодня оперировал желудок, завтра – толстую кишку, послезавтра – сердце. Известнейшие в России хирурги – член-корреспондент РАН Е.Яблоков, академики РАН В.Кубышкин, И.Затевыхин, А.Кириенко, профессор М.Филимонов – возглавляли в его клинике ту или иную специализацию, но могли выполнить и любую другую операцию. Они все были «поливалентными», а значит, в случае необходимости смогли бы работать и как высококлассные военно-полевые хирурги.

В экстремальных ситуациях человек, который окончил лечебный факультет любого медицинского вуза, даже терапевт, обязан делать такие операции, как аппендэктомия, трахеостомия, операция Троянова. Обязан владеть местной анестезией и блокадами, как главным средством профилактики травматического шока. Всё это (и ряд других операций) раньше входило в обязательный перечень. Не научишься – диплом не получишь! А теперь мы зачастую выпускаем врачей, которые, кроме отдельных манипуляций на эндоскопической аппаратуре вообще ничего делать не умеют. И при этом считаются (точнее, сами себя считают) хорошими врачами.

Ранняя узкая специализация врача и в мирное время мешает делу. Ведь нередко врач-эндоскопист приступает к операции и видит, что с помощью лапароскопа выполнить её в полном объёме не



удастся. И что он делает? Начинает лихорадочно искать, кто из коллег поможет. Зачастую заведующий эндоскопическим отделением элементарную лапаротомию сделать не умеет! Такие тысячи по всей стране. А случись опять же ситуация из ряда вон – в прифронтовых условиях не будет эндоскопов. Будут только скальпель и руки. И голова.

В Башкортостане сегодня по разным специальностям работают 1473 хирурга. Из них «поливалентных», с многопрофильной подготовкой, только 103. Семь процентов всего! Удручающая статистика. Я справлялся у коллег в Татарстане, в Самарской, Свердловской и Челябинской областях: картина такая же.

Считается, что уж военных-то врачей у нас готовят, как следует. Но это с какой стороны посмотреть. В качественном отношении – да, безусловно. А с количеством дело намного хуже. В 2010 г. не стало трёх военно-медицинских институтов: Саратовского, Самарского и Томского. Слава богу, действует Военно-медицинская академия в Петербурге. Но одной этой академии хватает лишь на то, чтобы обеспечить нужды армии при локальных конфликтах и до определённого предела. Как непосредственный участник военных действий в Абхазии и Чечне могу сказать, что в период таких конфликтов дефицит хирургов становился ощутимым. А в моменты пиковой нагрузки (например, во время боёв за Грозный) он был достаточно острым.

Ну а «если завтра война», боль-

шой конфликт? Тогда достаточная численность хирургических кадров может быть достигнута едва ли не исключительно за счёт выпускников гражданских институтов. В них ранее были кафедры, дававшие и общую военную подготовку, и по военно-медицинской специальности. Сейчас их нет. Все молодые врачи по окончании вуза, как и прежде, остаются военнообязанными, но раньше они были лейтенантами запаса, а теперь рядовые. У нас в университете есть профессор, которые вуз окончили лет 15 назад, они давно уже хирурги высшей квалификации – и тоже рядовые.

Для исправления этой ситуации лично я могу сделать ничуть не больше, чем любой другой профессор и заведующий хирургической кафедрой. Но и ничуть не меньше! Сам себе я сказал: с 1 сентября 2016 г. тех молодых хирургов, которые придут в клинику университета, мы будем в течение года обучать по программе «поливалентной» хирургии. А значит, будем готовить из них и потенциально грамотных военно-полевых хирургов. Пришёл с этим предложением к ректору БГМУ профессору В.Павлову. Разговор был продуктивным, ведь Валентин Николаевич – сам превосходный практикующий хирург. Он всё сразу понял и энергично поддержал.

Получив одобрение ректора, я встретился и обсудил этот вопрос с военным комиссаром Республики Башкортостан генерал-майором И.Харченко. Он обещал оказать поддержку в вопросе совместного зачёта специализации молодых врачей и готов назначить своего ответственного представителя для участия в аттестации хирургов.

В группе, приступающей с 1 сентября к занятиям по «поливалентной» хирургии, людей пока будет немного. Но они по своей профессиональной жизни пройдут в качестве лидеров! А вообще, я убеждён, что такую специализацию для хирургов надо сделать обязательной по всей стране. В том числе, наличие или отсутствие разносторонней подготовки в области хирургии должно решающим образом учитываться при повышении квалификации категории и при кадровых назначениях. В мирное время каждый заведующий хирургическим отделением должен быть только «поливалентным» специалистом и каждый хирург высшей категории – тоже!

Конечно, надо идти от частного

примера БГМУ к общей ситуации, выходить за рамки одного вуза. У думающих молодых врачей желание чему-то научиться, безусловно, есть. Им такую возможность надо дать. До 1990-х годов будущий врач, желающий достичь высот в профессии, на 6-м курсе уже проходил первичную клиническую специализацию в субординатуре по хирургии и «вялые» студенты туда просто не попадали.

Сейчас же студент на 5-м курсе говорит: «Я хочу быть эндоваскулярным хирургом!». При этом топографии сосудов он просто не знает. «Я хочу быть лапароскопическим хирургом!» А сам не знает топографии брюшной полости и органов. Раньше студент, желая кем-то стать, целый год отдавал себя только хирургии, а в интернатуре, уже получив диплом, закреплял свои знания. В этой связи чётко сказал свою принципиальную позицию академик РАН А.Покровский: «Сосудистым хирургом и вообще узким специалистом имеет право стать человек, который не менее 5 лет проработал в общей хирургии!»

А ведь для возрождения прежней эффективной системы никаких особых затрат не нужно. Надо только, чтобы министерство здравоохранения России и руководство Министерства обороны при непосредственном участии начальника Главного военно-медицинского управления подписали приказ о возврате качественных программ подготовки хирургов (равно как и других специалистов), которые в 1990-е годы кому-то захотелось ликвидировать. Это был бы важнейший шаг. В свою очередь, мы – профессиональное сообщество – на съездах и конференциях должны обнародовать данный почин, обсудить его. Думаю, большинство коллег поддержат и многие присоединятся к этой инициативе, как к программе действий.

**Владимир ПЛЕЧЕВ,**  
заведующий кафедрой  
госпитальной хирургии БГМУ,  
руководитель Российского  
федерального центра пластической  
абдоминальной хирургии,  
полковник медицинской службы,  
доктор медицинских наук,  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
заслуженный врач РФ.

Уфа.

### Перспективы

Для жителей горнозаводской зоны Миасса Челябинской области открылся межрайонный онкоцентр. Реализация этого проекта началась в январе 2015 г. Радиотерапевтическое отделение, ранее входившее в состав миасской городской больницы № 1, присоединили к городской больнице № 2.

– Реконструкция отделения имеет для нас особое значение, – отметил первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Отделение будет работать в режиме межрай-онного онкоцентра и обслуживать более 600 тыс. человек. Это наша стратегия, которая основана на вертикали оказания медицинской помощи. В соответствии с ней во главе находится областной он-

## Онкологи принимают первых пациентов

диспансер, специалисты которого разрабатывают маршрутизацию и контролируют лечение пациентов. Ремонт и заменили аппараты дистанционной гамма-терапии и брахитерапии. До этого медицинская помощь здесь оказывалась на гамма-терапевтических аппаратах отечественного производства для контактной и дистанционной лучевой терапии с применением источников ионизирующего излучения. За долгое время использования оборудования устарело, стало изношенным. Главного врача областного онкологического дис-

пансера, главного онколога Минздрава области Андрея Важенина, закупка самого современного оборудования поставило точку в реконструкции отделения. Теперь совершенно новые условия, что позволяет вывести онкослужбу на высокий уровень. Если раньше расчёт доз вёлся практически вручную, то теперь его автоматически производит компьютер. Это делает лечение более направленным, с минимальными повреждениями окружающих тканей и максимальной эффективностью для пациента. Стационар вмещает 30 коек круглосуточного пребывания и 20

коек дневного. В год мы теперь сможем пролечить более тысячи человек. Первые пациентов отделение примет уже на днях.

Межрайонный онкоцентр будет принимать жителей ряда городских округов, а также Уйского, Саткинского, Кусинского, Катав-Ивановского и Ашинского муниципальных районов, что составляет 14-15% от всех нуждающихся в лучевой терапии южноуральцев. Уверены, что переоснащение и ремонт радиотерапевтического отделения позволит обеспечить высокий уровень оказания специализированной помощи пациентам, так как доктора

смогут осуществить индивидуальный подход к каждому пациенту. Новое оборудование даст возможность стабилизировать и улучшить состояние больного за счёт уменьшения лучевых реакций и осложнений и, как следствие, повысить качество жизни пациента.

В переоборудование отделения и организацию межрайонного онкоцентра вложено более 100 млн руб. из средств областного бюджета.

**Мария ХВОРОСТОВА,**  
визит. корр. «МГ»  
Челябинск.