

Если бы в студенческие годы меня спросили, кто был «лицом» нашего курса, я, особенно не задумываясь, сказал бы: Григорий Родоман. Командир Московского городского студенческого медицинского отряда, заместитель секретаря комитета комсомола 2-го Меда по учебно-научной работе, прекрасный спортсмен, а главное – отличник. Институт окончил, конечно, с красным дипломом. В дальнейшем успешно развивался профессионально, уже в 33 года защитил докторскую диссертацию по хирургии, а в 36 стал профессором кафедры.

Спустя 32 года мы встретились с Григорием Владимировичем в его новом качестве – главного врача городской клинической больницы № 24 Департамента здравоохранения Москвы, профессора кафедры общей хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

– Перед нашей встречей я зашёл в ваш хирургический корпус: большое современное здание со светлыми просторными коридорами и удобными 1-2-местными палатами. А больница-то – одна из старейших в Москве...

– Здесь, на Писцовой улице, мы оказались в результате двух исторических переселений. Собственно Екатерининская больница появилась в 1776 г. по указу Екатерины II в здании бывшего Карантинного двора на 3-й Мещанской улице (ныне ул. Щепкина), а после переезда в 1828 г. получила название Ново-Екатерининской. Под неё отдали построенный по проекту зодчего М.Ф.Казаква красивый особняк рядом со Страстным монастырём. Имея 250 коек, она стала крупнейшей больницей Москвы, а лечили в ней людей всех сословий. В октябре 1846 г. там была создана госпитальная хирургическая клиника медицинского факультета Московского университета, организатором которой был главный врач больницы, выдающийся русский хирург, профессор Андрей Иванович Поль. Он одним из первых в России применил хлороформный наркоз, внедрил антисептические средства.

В больнице работали такие светила отечественной медицины, как Ф.И.Иноземцев, П.А.Герцен, А.А.Остроумов, Г.А.Захарьин, С.П.Фёдоров, А.Я.Кожевников, Н.А.Семашко, многие другие. В 1930 г., когда медицинский факультет стал самостоятельным институтом, его терапевтической клиникой руководили Р.А.Лурия, П.Е.Лукомский, Е.М.Тареев. Какие имена! В годы Великой Отечественной войны здесь был госпиталь Московского гарнизона, его в мирное время реорганизовали в больницу № 24.

В 1978 г. часть клинических отделений переехала сюда, на улицу Писцовую. Стати, современный корпус, где вы только что были, открылся в 2009 г. Туда вселились в основном хирургические отделения – последние, что оставались на Страстном бульваре. Думаю, что создание музея больницы – дело времени. В нашем богатом архиве масса медицинских книг XVIII-XIX веков, старые истории болезни, некоторые из них писаны рукой Антона Павловича Чехова.

– **Ваша больница – единственная в Москве, специализирующаяся на оказании колопроктологической помощи. В чём в связи с этим заключаются особенности её организации?**

– Колопроктологическая, онкоколопроктологическая, общая проктологическая специализация больницы также имеет давнюю историю. Она началась ещё в 80-е годы XX века. Здесь – Московский городской центр колопроктологии, и сюда поступает основная масса пациентов-москвичей с соответствующей патологией. Мы оказываем не только плановую, но и urgentную хирургическую помощь. В больнице организованы консультативно-диагностическое отделение и 4 ко-

Ориентиры

Новое дыхание исторической больницы

Старейшее московское учреждение здравоохранения обрывает кафедрами и расширяет специализацию



лопроктологических отделения, каждое из которых имеет определённую специализацию. Так, колопроктологическое отделение № 3 выполняет большой спектр плановых вмешательств: при злокачественных опухолях анального канала, полипах прямой и ободочной кишок, параректальных тератоидных кистах, выпадении прямой кишки, ректовагинальных свищах и т.д. Врачи отделения владеют новой оригинальной методикой при ректоцеле, проводят реконструктивно-восстановительные операции. По экстренным показаниям сюда направляются пациенты с теми же заболеваниями, но осложнёнными инфекцией, кровотечением, острой болью, с острым парапроктитом, геморроидальным тромбозом, непроходимостью кишечника. Во главе отделений – опытные хирурги высшей категории, многие врачи имеют учёную степень.

В нашей структуре есть уникальное отделение реабилитации стомированных больных, открытое в 1993 г. Жизнь больного со стомой связана с массой проблем. Хотелось бы, чтобы он чувствовал себя комфортно, самостоятельно себя обслуживал, от него не было запаха, чтобы он не был изгоем в собственной семье. Современные калоприёмники позволяют человеку посещать общественные места, музеи и концертные залы, он не будет источником дурного запаха.

На сегодняшний день на диспансерном учёте в этом отделении состоит около 10 тыс. стомированных больных, проводятся врачебная консультация пациентов, индивидуальный подбор современных средств ухода за стомой, методическое обучение стомированного

больного и его родственников использованию современных средств ухода за стомой. Пациентам бесплатно выдаются средства ухода за стомой, современные калоприёмники, за ними осуществляется диспансерное наблюдение с активным вызовом не реже одного раза в полгода. К нетранспортабельным больным на дом выезжают для консультации наши специалисты. Здесь ведётся заполнение регистра стомированных больных на основе компьютерной программы, базы дан-

насколько широко ваши мастера скальпеля владеют эндохирургическими методиками?

– Наши хирурги давно и очень хорошо освоили эндоскопическую технику. Багаж многочисленных методик недавно обогатило оперативное эндоскопическое пособие на толстой кишке. Речь идёт об уникальной операции, мало где проводимой. Кроме нас, только в вышеупомянутом ГНЦ колопроктологии. То же самое можно сказать и в отношении

других отделений хирургического профиля. Любопытно, поступивший в нашу больницу с острым аппендицитом, в 98% будет оперирован эндоскопически. Один из наших опытейших хирургов Кирилл Рудольфович Александров владеет техникой сложных эндохирургических операций на кишечнике и поджелудочной железе.

Для нас приоритетным моментом является обеспечение хирургических операционных современным оборудованием. Ультразвуковые генераторы, коагуляторы, сшивающие аппараты позволили в последнее время минимизировать интраоперационную кровопотерю, снизить расход шовного материала. Каждая операционная оборудована современной эндоскопической стойкой, другим оборудованием.



больных выполняет функции головного учреждения.

– **Долгие годы между Государственным научным центром колопроктологии Минздрава России и ГKB № 24 не было ни научных, ни организационных связей. Говорят, «холодный период» наконец остался в прошлом?**

– Нас объединила Ассоциация колопроктологов России под руководством директора Государственного научного центра колопроктологии профессора Юрия Анатольевича Шелыгина. Мы координируем выступления с ведущим центром страны при подготовке различных конференций. Уже намечены конкретные пути совместной научно-исследовательской и клинической работы.

– **Говоря о хирургической работе, не могу не спросить:**

– **Если вы скажете, что ваши операционная оснащена и собственным УЗ-аппаратом...**

– Конечно! А как же проводить вмешательства под интраоперационным УЗ-контролем, например, при радиочастотной абляции метастазов печени? Это следующий этап лечения колоректального рака с метастазами «в поддержку» химиотерапии. Даже во время операций на венах мы используем интраоперационный УЗ-аппарат, чтобы увидеть, разрушили мы перфорант или нет. Под контролем ультразвука проводится пункция различных новообразований.

Безусловно, основной профиль больницы – колопрокто-



ретроградных, и антеградных. Для этого оборудована рентгенооперационная.

– **Если вы скажете, что ваши операционная оснащена и собственным УЗ-аппаратом...**

– Конечно! А как же проводить вмешательства под интраоперационным УЗ-контролем, например, при радиочастотной абляции метастазов печени? Это следующий этап лечения колоректального рака с метастазами «в поддержку» химиотерапии. Даже во время операций на венах мы используем интраоперационный УЗ-аппарат, чтобы увидеть, разрушили мы перфорант или нет. Под контролем ультразвука проводится пункция различных новообразований.

Безусловно, основной профиль больницы – колопрокто-

логический, но мы начинаем развивать и другие службы, востребованные в округе. У нас организованы флебологическая помощь больным с варикозной болезнью вен нижних конечностей, с онкологическими заболеваниями щитовидной железы, солидная хирургия печени, герниология, проводятся операции по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Активно развиваются и отдельные терапевтические направления – нефрология, алергология и иммунология. ГKB № 24 – одно из немногих учреждений в Москве, куда направляют для оказания помощи пациентов, укушенных животными, – в обычных пунктах опасаются их прививать.

В работающем в 3 смены отделении хронического гемодиализа, который закреплён за Восточным округом столицы, сейчас проходит лечение 156 человек, в неделю проводится более 480 сеансов гемодиализа на 28 функционирующих аппаратах в двух больших залах. Для инфицированных больных – с гепатитом и т.д. диализ проводится отдельно. Выживаемость пациентов этого отделения очень высока. У нас была больная, которая в течение 25 лет проходила лечение гемодиализом. Сейчас средний возраст пациентов – 70 лет, а средняя продолжительность жизни на гемодиализе – 12-14 лет.

– **Не удивительно, что с вашим приходом больница стала новой базой кафедры общей хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Но вот здесь обособилась ещё одна кафедра, и ещё одна...**

– В названии больницы есть слово «клиническая», а значит, она должна иметь на своей базе кафедры. Это необходимо, чтобы выполнять поставленную задачу – развивать новые клинические направления. Сейчас у нас работают ещё две кафедры РНИМУ им. Н.И.Пирогова – кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета под руководством академика РАМН Геннадия Ивановича Сторожакова и рентгенологии медико-биологического факультета, а также кафедра УЗ-диагностики Российского университета дружбы народов.

Взаимодополняющая работа кафедр и больницы всегда приносит плоды, в первую очередь из-за постоянно повышающейся квалификации специалистов. На нынешней законодательной базе такой симбиоз сложно сделать эффективным. Для того чтобы использовать сотрудника кафедры в лечебно-практической работе, мы должны его легализовать, принять на работу – хотя бы на четверть ставки, чтобы он мог полноценно участвовать в лечебном процессе. Иначе он и к больному подойти не может. Кафедральные работники – специалисты обычно высококвалифицированные. И нам важно использовать их возможности, навыки, труд.

Сейчас происходит возрождение былых медицинских традиций, уверен – через какое-то время роль кафедр будет переоценена. Граница между кафедрами и городскими больницами должна стираться, они должны идти в одном направлении. На благо наших пациентов.

Беседу вел
Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: профессор Григорий Родоман; хирургический корпус ГKB № 24.