Светлой памяти безвременно
ушедших и ныне здравствующим
анестезиологам и реаниматологам
посвящается

Под редакцией А.М. Старухина

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИК САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, В ВОСПОМИНАНИЯХ

(к 80-летию клиник медицинского университета
и 50-летию отделения анестезиологии клиник)

Самара
2016

УДК 616..089.5:614.2:61(09)-(470.43)
616-036.882-08:614.2:61(09)-(470.43)

Проект кандидата медицинских наук **А.М. Старухина**

Рецензенты:

Е.А. Столяров, зав. кафедрой общей хирургии, доктор медицинских наук, профессор заслуженный врач Российской Федерации;

В.Д. Иванова, доктор медицинских наук, профессор кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий, почетный профессор СамГМУ, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации.

Старухин А.М.

История становления анестезиологической и реаниматологической службы клиник Самарского государственного медицинского университета, в воспоминаниях / А.М. Старухин [и др.], научно-популярное издание. — Частное учреждение Образовательная организация высшего образования Медицинский университет «Реавиз», 2016 – 228 с.

В сборнике освещается история становления анестезиологической службы клиник университета в 50-60-х годах XX столетия.

Наряду с созданием отделения анестезиологии детально раскрываются вопросы одновременного формирования вспомогательных служб, отделений реанимации и интенсивной терапии, гипербарооксигенотерапии, службы крови.

В издании дается характеристика творческой личности профессора Г.Л. Ратнера, заведующего кафедрой и клиникой факультетской хирургии, освещается его роль в подготовке кадров анестезиологов-реаниматологов, сестер-анестезистов для лечебных учреждений г. Самары и области.

Впервые в полном объеме представлена история зарождения службы анестезии и реанимации.

Книга рассчитана на широкую медицинскую аудиторию.

© Старухин А.М., коллектив авторов, 2016
© Самарский медицинский университет «Реавиз», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ---------- 6
РАЗДЕЛ I. НАЧАЛО ПУТИ…… 9
Старухин А.М. Письмо ректору университета академику Г.П. Котельникову 9
Старухин А.М. История клиник университета..... 10

РАЗДЕЛ II. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ……13

Пионер – значит первый. Либов С.Л. ……13
Рубанович Г.Л. Мой первый учитель и первая школа 14
Левашов Н.В. Горизонты преображения и надежды. Часть первая …….. 16

Глава 2. Личность Ратнера Г.Л…….. 18
Варгузина В.И. Ратнер Г.Л. – хирург, педагог, ученый 18
Белоконев В.И. Ратнер Г.Л. – ученый, учитель, врач 19
Ахметзянова Э.С. Ратнер Г.Л. как организатор 20
Калужских В.Н. Ратнер Г.Л. – педагог 21
Поляков В.П. Ратнер Г.Л. как хирург 21
Дровянникова Л.П. Ратнер Георгий Львович …….. 22
Варгузина В.И. Титан. ……..23

Глава 3. Идеи и решения …… 29
Рубанович Г.Л. «Исповедь врача». Короткие эпизоды о себе …….. 29

Глава 4. Время собирать камни …… 43
Старухин А.М. Письма ……..43

Глава 5. Отзвуки далекого прошлого ……..52
Ахметзянова Э.С. Устремленные в будущее …….. 52
Калужских В.Н. Из далекого прошлого ..... …… 56
Краснов А.Ф. Мои штрихи к развитию анестезиологии и реанимации в клиниках Куйбышевского – Самарского медицинского института-университета ……58
Старухин А.М. Долгий путь к единению …….. 59
Цибик А.И. Из студенческих лет ……..77

Чернышева Н.И. В ногу со временем …….. 81
Галкин Р.А. Штрихи к развитию анестезиологии и реаниматологии в Самаре глазами клинического ординатора 87
Суетин А.Н. Другие берега ..... … 92
Поляков В.П. Местная анестезия и ее место в хирургии 97
Тихонова Г.П. Незабываемое десятилетие ……. 100
А.М. Старухин. Тревожное ожидание …….102
Старухин А.М. Заочное знакомство. Степанищев 103
Старухин А.М. Добрая память. Максимкина 104
Федоров Ю.С. Первая настоящая любовь …….. 105
Федотов И.Л. Одна, но пламенная страсть …… 107
Винокурова З.А. Дорогой мечты …… 109
Зотов В.М. От первой пятилетки врачевания к заветной мечте 112
Старухин А.М. Блики на портретах …… 115
Столяренко Ю.П., Федяев И.М. История анестезиологии на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии …… 129
Чернов А.П. Обезболивание глазами хирурга-ортопеда……134
Валиахметова Г.Х. С благодарностью вспоминаю…… 136
Плохов Ю.Н. В калейдоскопе дней 137
Евстигнеева Т.М. Я выбрала самую лучшую профессию …… 138
Меренков А.Н. Невыдуманные истории …… 140
Уланова З.В. Преодолеть себя 142
Добина Н.С. Воспоминания анестезистки ……..143
Гражданкина (Подвигина) Р.С. Учеба проявлялась в доверии…… 145
Пряников С.А. История отделения продолжается……..147

РАЗДЕЛ III. РЕАНИМАТОЛОГИЯ ……151
Глава 6. Гипербарическая оксигенация. Энтузиаст и новатор Г.Л. Ратнер …… 151
Левашов Н.В. Зарождение метода гипербарической оксигенации. Часть вторая…….. 151
Ненашев А.А. Да, есть, что вспомнить……155
Сафронова Г.Ф. Это было вчера ……. 163
Дровянникова Л.П. Как будто вновь он вместе с нами 165
Дровянникова Л.П. Поговорю с тобой, коллега! ……168

Глава 7. Гипербарическая оксигенация в клинической практике …171
Мамистов В.А. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении острых разлитых перитонитов ……..171
Давыдкин Н.Ф. Гипербарооксигенотерапия как неотъемлемый компонент интенсивного лечения больных 173
Цыганов Р.Г. Организационно-теоретические вопросы применения гипербарической оксигенации в травматологии и ортопедии 180
Орлова Л.А. Перспективы гипербарической оксигенации в клинической практике ……..183
Петрова С.Г. Об истории гипербарической оксигенации в Самаре……..187

Глава 8. Отделения первостатейной важности …….190
Абрамов А.Е. Отделение переливания крови – более 30 лет в системе клиник
Кецко Ю.Л. Из тупика……201
Старухин А.М. Послесловие …… 204
Приложение 206
Краснов А.Ф. Мои штрихи к развитию анестезиологии и реанимации в клиниках Куйбышевского-Самарского медицинского института-университета ……..210

ПРЕДИСЛОВИЕ

За более чем полувековую историю сформировалась новая клиническая дисциплина-анестезиология. Сегодня вопросы терминологии обрели четкое толкование, сформулирована концепция многокомпонентной общей анестезии и способы ее достижения, широко представлена анестезиологическая фармакология. Технический контроль состояния больного во время и после операции достиг необходимого уровня и стал достоянием практически всех отделений анестезиологии и интенсивной терапии. Однако истории развития обезболивания в клиниках университета ранее не уделялось должного внимания, и данная книга не только восполняет существующий пробел, но является единственным достоверным и всеобъемлющим источником по истории анестезии в клиниках, так как она написана непосредственно самими участниками долгого периода становления анестезиологии как таковой.

«История» написана правдиво, честно и от души, без прикрас и злорадства. Повествование последующих лет будет не лишено собственных допущений, фантазии и вымысла «честолюбивого историка». Со всей ответственностью заявляю, что со всеми лицами, представленными на страницах книги я работал, профессионально общался или слушал лекции по хирургии С.Л. Либова.

Помимо всего прочего этот сборник воспоминаний подведет черту под полувековой историей анестезиологического отделения клиник университета – их становления, формирования и достижения, созидательному труду конкретных лиц. Надеюсь, что последующее поколение анестезиологов проявит определенный интерес к прошлому своих предшественников, ранним проблемам теоретической и практической анестезиологии, без знания которых блекнет профессиональная эрудиция.

Поводом к написанию книги послужил эпизод, изложенный в Послесловии.

Книга писалась долго, с 2006 года. Предварительно был составлен список лиц, приглашаемых к участию в проекте (63 человека), прямо или косвенно имевших отношение к данной проблеме. К сожалению, на страницах этой книги представлены воспоминания лишь 38 участников. В процессе работы над проектом предстояло связываться с названными лицами – это бесконечные звонки, встречи и уговоры, – и так

на протяжении ряда лет. Поиск единомышленников – уже другая, самостоятельная история к написанию «Истории». В письмах и телефонных беседах я обращал внимание собеседников на организационные и профессиональные аспекты, которые необходимо было отразить в статье. В моих посланиях Г.Л. Рубановичу, Н.Ф. Давыдкину, Э.С. Зильберману, а также Э.С. Ахметзяновой и А.Ф. Краснову, читатель найдет ответ на вопрос: зачем, почему, как и для кого написана эта книга. Станет ясно, почему она имеет такой рисунок изложения.

Я полностью разделяю справедливое утверждение Рубановича о том, что именно он стал основоположником университетской, а значит самарской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Публикация сборника начинается с характеристики профессора Г.Л. Ратнера, заведующего кафедрой и клиникой факультетской хирургии, роль и значение которого в становлении анестезиологии очевидна и бесспорна, что подтверждается отзывами его сотрудников и учеников, ныне профессоров, заведующих кафедрами. Перечень диссертаций анестезиологической и реаниматологической тематики, выполненных под его руководством, подтверждает правоту столь заслуженной и высокой оценки Учителя. Руководимые Ратнером кафедра и клиника стали истоком развития самарской анестезиологии и базой подготовки кадров-анестезиологов и сестер-анестезистов. А новое направление в клинической практике - гипербарическая оксигенация, - рожденное пытливым умом Ратнера, оказалось перспективным и широко используется в комплексном лечении самых разных заболеваний и состояний.

Мы бросаем вызов беспечной памяти, чтобы сохранить имена всех, кто имел отношение к обезболиванию, независимо от срока своей причастности: был ли случайным попутчиком или посвятил свою жизнь анестезиологии как будущей профессии. Мы должны сохранить в памяти имена первопроходцев – С.Л. Либова, В.Н. Калужских, Г.Л. Рубановича. Другие имена будут названы авторами статей.

Я намеренно отступаю от сложившейся традиции обращаться к читателю. На этот раз мое обращение к участникам книги преисполнено чувства глубокой благодарности за поддержку идеи и участие в проекте.

Книга была одобрена ректором медицинского университета, академиком Г.П. Котельниковым, но дальнейшая судьба ее оказалась непредсказуемой из-за волокиты низовых инстанций.

Выход из положения был найден в медицинском институте «Реавиз» непосредственно его ректором – профессором, доктором медицинских наук, академиком РАМТН, почетным работником высшего профессионального образования РФ Николаем Александровичем Лысовым, которому я искренне признателен за издание настоящего сборника воспоминаний.

Автор проекта А.М. Старухин

РАЗДЕЛ I

НАЧАЛО ПУТИ

Академику Г.П. КОТЕЛЬНИКОВУ,
ректору Самарского государственного
медицинского университета

Уважаемый Геннадий Петрович!

В течение четырех лет я собираю материал по истории становления анестезиологической и реанимационной службы клиник медицинского университета, охватывающей более 50-ти лет: от первого эндотрахеального эфирного наркоза (13 ноября 1955 г.) до открытия кафедры анестзиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи института последипломного образования (2004 г.).

Я сделал все, что было в моих силах, преодолевая равнодушие, насмешливые реплики в мой адрес.

Я хочу, чтобы обобщенные сведения по истории обезболивания стали достоянием читателя и самой беспристрастной Истории.

Мне это стоило большого нервного напряжения и душевных усилий. Мои возможности исчерпаны, и я прошу вашего содействия в издании настоящего сборника.

Я прошу вас также дать напутственное слово сборнику воспоминаний, как коллективному творчеству бывших и настоящих сотрудников клиник и кафедр медицинского университета.

На протяжении 20 лет я был связан с клиниками университета и не могу не воздать должное их славной и достойной восхищения истории – истории практического врачевания, научного творчества и научно-педагогических школ.

Этот сборник воспоминаний будет своевременным подарком к 80-летию клиник и грядущему 50-летию анестезиологической службы клиник

Александр Старухин, ассистент кафедры
военно-полевой хирургии Самарского военно-
медицинского института, к.м.н.,
Самара, 5 марта 2008 года

А.М. Старухин

ИСТОРИЯ КЛИНИК УНИВЕРСИТЕТА

История клиник университета – история многопрофильного специализированного лечебного учреждения.

Впервые о планах строительства в Самаре клинической больницы сообщалось общественности 13 января 1927 года. В газете «Средневолжская коммуна» была опубликована статья, в которой говорилось о выделении и закреплении земельного участка для строительства нового здания центральной больницы, которая крайне необходима городу.

В начале 1929 г. Первый областной съезд советов принял решение об открытии в Самаре медицинского университета. В то же время Самарский Облисполком специальным решением подтвердил, что, в связи с открытием в Самаре медицинского института, для обеспечения практических занятий студентов-медиков, необходимо построить соответствующую клиническую базу на 1000 коек, на что потребуется 4,5 млн. рублей.

В середине 1930 года был утвержден проект клиник. Его автором стал самарский архитектор П.А. Щербачев (1890-1967 гг.), внук городского головы П.В. Алабина.

18 сентября того же года был подписан протокол № 113 заседания президиума Средне-волжского краевого Исполнительного комитета, предусматривающий согласованные действия всех заинтересованных инстанций. Строительство велось поэтапно, временами приостанавливалось: из-за нехватки средств, отсутствия подъездных путей и водопровода, по метеоусловиям, в связи с частой сменой подрядчиков. Только в 1934 году работы по прокладке пятикилометровой линии водопровода и трамвайного пути к клиникам были ускорены. Тоннель между хирургическим и терапевтическим корпусами копали вручную.

В 1935 году терапевтический корпус сдан в эксплуатацию.

В 1936 году главным врачом клиник назначен Митерев Георгий Андреевич – выпускник медицинского факультета Самарского университета, впоследствии (с 1939 г.) – министр здравоохранения СССР.

Поэтапно, к 1938 году, был введен в эксплуатацию хирургический корпус с оснащенными операционными и рентгеновскими кабинетами. Одновременно с завершением его строительства, стали строить здание для клиники инфекционных заболеваний и корпус для централизованного пищеблока.

С осени 1938 года, начались трудовые будни. Клиники стали основной лечебной базой для студентов пяти факультетов, и, помимо лечебной работы, в них проводились научные исследования, конференции.

Первые шаги делала издательская деятельность: в свет вышли первые монографии. Вузу предоставлено право зашиты диссертаций. Первыми защитившимися стали сотрудники клиник И.Н. Аскалонов, А.И. Германов.

В 1939 году, накануне обострения международной обстановки, институт реорганизован в военно-медицинскую академию, так как необходимость укрепления обороноспособности страны требовала увеличения подготовки военных врачей. Педагогические кадры академии были укомплектованы известными учеными и крупными деятелями отечественной медицины, такими как М.Н. Ахутин, В.В. Закусов, В.А. Бейер, А.Н. Беркутов, И.А. Клюсс и др.

Воспитанники академии А.А. Васильев, В.В. Захаров, Б.А. Зенин и многие другие лечили и с оружием в руках защищали раненых бойцов.

С историей клиник связана деятельность развернутого на их базе эвакогоспиталя № 5335ч. Госпиталь начинал работу в трудных условиях – не хватало врачей-хирургов (ушли на фронт), отправились на передовую сотни медицинских сестер.

О героическом труде медицинских работников эвакогоспиталя свидетельствуют такие цифры: 20 тысяч раненых солдат, офицеров, генералов и 7 тысяч гражданских больных было пролечено в его стенах за годы войны.

В клиниках и на базе госпиталя работали ученые Куйбышевской военно-медицинской академии – профессора А.П. Бржозовский, М.В. Сергиевский, С.П. Шиловцев, О.С. Манойлова, Н.Е. Кавецкий и многие другие. Были внедрены новые методы местного обезболивания – новокаиновые блокады, облегчавшие страдания раненых.

Необходимо отметить особый, значительный вклад в развитие клиник в послевоенное время главного врача Эльфии Салиховны Ахметзяновой (1921-2012 гг.). Четверть века (1959-1986 гг.) она возглавляла клиники Куйбышевского медицинского института. За это время лечебное учреждение неузнаваемо преобразилось: увеличился коечный фонд, клиники были оснащены необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой, при содействии заведующих кафедрами совершенствовалась специализированная помощь, построена консультативная поликлиника, и клиники стали местом, где оказывалась плановая и экстренная медицинская помощь.

Талант Э.С. Ахметзяновой – проницательного организатора здравоохранения вывел учреждение (лечебное дело, учебный процесс, научную базу) на высокий уровень оказания медицинской помощи.

На территории клиник установлена скромная стела «Всем, кто погиб, всем кто выжил», на которой увековечена память тем, кто титаническим трудом на полях сражений и в тылу приближали победу в Великой Отечественной войне.

РУКОВОДИТЕЛИ КЛИНИК

Г.А. Митерёв
с 1935 по 1938 г.

А.И. Германов
с 1938 по 1943 г.

А.С. Зенин
с 1943 по 1955 г.

В.В. Захаров
с 1955 по 1958 г.

Э.С. Ахметзянова
с 1959 по 1986 г.

РАЗДЕЛ II

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Глава 1.
ИСТОКИ СОВРЕМЕННОЙ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В КЛИНИКАХ

ПИОНЕР – ЗНАЧИТ ПЕРВЫЙ. С.Л. ЛИБОВ

Сергей Леонидович Либов – *участник Великой Отечественной войны. После ее окончания работал преподавателем второй кафедры факультетской хирургии военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинграде.*

В 1953 году он защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук на тему: «Огнестрельные раны груди», обобщив военный опыт. С1955 года и до своего отъезда в Минск в 1961 г. Сергей Леонидович возглавлял кафедру и клинику факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института. Именно тогда в истории кафедры стало часто звучать: «первыми в Куйбышеве», «впервые в Поволжье».

1910-1986

Под руководством Либова в клинике факультетской хирургии впервые в Куйбышеве были открыты отделения грудной и сердечной хирургии, на кафедре первыми в Поволжье начали проводить операции под эндотрахеальным наркозом – это нововведение положило начало эпохе современной хирургии. Первым анестезиологом на кафедре стал доцент Василий Никитич Калужских.

Либов С.Л. выполнил первым не только в стране, но и в мире одномоментные операции на обоих легких у больных с бронхоэктатической болезнью, при эхинококкозе легких. В 1957 году, впервые в мире, им была проведена операция резекции легких по поводу абсцесса, осложненного пиопневмотораксом у годовалого ребенка. Он стал пионером выполнения операций на «сухом» сердце в СССР. Подобные операции не были единичными и выполнялись в большом количестве. Вся кар-

диохирургическая служба и служба торакальной хирургии Самарской области вышла из стен клиники факультетской хирургии.

С.Л. Либов является основоположником детской торакальной хирургии в Болгарии и Вьетнаме. В 1957 году Сергей Леонидович выпустил первую в стране монографию по хирургии легких у детей «Очерки грудной хирургии детского возраста». Он – автор фундаментальной монографии «Лекции по грудной хирургии». Основными принципами и положениями, изложенными в этом труде, до настоящего времени пользуются не только на кафедре, но и во многих отделениях грудной хирургии лечебных учреждений города.

(Информация предоставлена кафедрой факультетской хирургии)

Г.Л. Рубанович

МОЙ ПЕРВЫЙ УЧИТЕЛЬ И ПЕРВАЯ ШКОЛА

Сергей Леонидович Либов был блестящим собеседником. Он рассказывал, что родился в дворянской семье, и вспоминал, как трудно было ему попасть в институт. Его отец трудился земским врачом в Самарской губернии, брат, профессор, долгие годы работал в Индии и стал другом Д.-Неру.

Такие известные и опытные врачи, как Любомудров и Смеловский, относились к Либову с глубоким почтением. Когда в клинику приехал А.Г. Бржозовский со своей книгой об остром аппендиците, он также выразил Либову глубокое уважение.

Лекции Сергей Леонидович читал интересно и необычно. Когда в клинике возникала острая ситуация, и в то же время шла лекция, профессор говорил сотрудникам, – не стесняйтесь, заходите в аудиторию и говорите: «Вы срочно нужны в клинике». Такой перерыв в лекции – лучшее воспитание нравственных поступков – студенты начинают понимать, в чем долг врача.

Во время работы Либова в Куйбышеве, все его запросы, требования удовлетворялись почти беспрекословно. Он сам подбирал кадры и брал всех, кого считал нужным. Однако профессора института относились к Либову враждебно. Возможно, это было связано с «ненужными» и «неприемлемыми» для них новшествами. Либов был одним из первых, кто вышел из Куприяновской клиники и возглавил сердечно-сосудистую

хирургию на периферии. Не случайно ему со временем было поручено развитие этого направления во Вьетнаме, и в Болгарии.

Как-то Сергей Леонидович пригласил меня на собеседование. Разговор был очень деликатным. Он сказал: «...предположим, вы научитесь оперировать сердце и легкие. Ну и что с того? Вы будете одним из многих таких хирургов, а анестезиология для вас – это очень большая перспектива. За короткий срок вы внедрили так много! Вы, может быть, единственный в стране анестезиолог как таковой. Это ваше призвание, не упустите этот шанс». Либов предложил мне писать диссертацию по нарушению внешнего дыхания в хирургии легочных нагноений. Это была модная тема.

Из рассказа Либова об операции Вишневского в прифронтовом госпитале:

«Как медицинский генерал он сообщил, что будет оперировать под местной анестезией, в присутствии американских хирургов, и как всегда добавил: «Готовьте раненого и девочек». Выбрали раненого. «Ты комсомолец? – спросили у него. – Тебя будет оперировать самый известный хирург в присутствии американцев. Смотри, не смей даже пикнуть, не позорь советских солдат!». Операция состоялась. Раненый лежал бледный, но молчал. «Молодец», – сказал ему генерал».

Вскоре стало известно, что Либов приглашен в Минск, и я получил от него письмо с приглашением на работу в Минск.

Либов обладал глубокой интеллигентностью, удивительной способностью читать лекции и учить своих сотрудников, учеников, и, что особенно важно, мог увлекать своим личным примером. Но, к сожалению, у него было полное пренебрежение к асептике и антисептике – важнейшим составляющим хирургии. В это время произошел всплеск гнойно-септических заболеваний среди сотрудников, и особенно среди молодых сестер. В операционном блоке находился и урологический кабинет, и был свободный доступ почти для всех желающих получить консультацию уролога или урологическое обследование. А как обстояло дело с асептикой в клинике Куприянова? Неужели и у него была такая ситуация? Но даже в этом случае ошибка учителя не оправдывает его ученика...

Н.В. Левашов

ГОРИЗОНТЫ ПРЕОБРАЖЕНИЯ И НАДЕЖДЫ

Часть первая

Левашов Николай Васильевич *(1930-2013 гг.) окончил Куйбышевский медицинский институт в 1953 году Кандидат медицинских неук, хирург высшей квалификационной категории, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического и государственной премии Правительства РФ.*

Хирурги старших поколений были когда-то в той или иной мере и анестезиологами. Наркозы (чаще эфирные, маской Эсмарха) обычно проводили ординаторы. С появлением наркозных аппаратов стали применять аппаратный масочный наркоз (эфирно-закисный в потоке кислорода). Вначале применяли американские аппараты «Хейдбринк», поступавшие в нашу страну во время войны по Ленд-лизу, и каждая хирургическая клиника получила их по одной единице. Аппараты имелись и в некоторых других лечебных учреждениях. Однако к ним не прилагались инструкции ни на русском, ни на английском, ни на каких-либо других языках. Поэтому первое знакомство с аппаратом заключалось в продувании всех отверстий, трубок, клапанов. Именно так мы, вдвоем с Б.Г. Чвановым (тогда клинические ординаторы клиники пропедевтической хирургии второго и третьего года обучения), осваивали поначалу такой аппарат. Вскоре стали появляться отечественные наркозные аппараты завода «Красногвардеец», но без комплектации для интубационного (эндотрахеального) наркоза. К этому времени уже было издано руководство по интубационному наркозу (Е.Н. Мешалкин. Техника интубационного наркоза. – М.: Медгиз, 1953).

В 1955 году в Куйбышев приехал профессор С.Л. Либов, и вскоре он командировал в Ленинград, в клинику П.А. Куприянова, доцента Б.В. Аникандрова и ординатора В.Н. Калужских для освоения интубационного наркоза.

Уместно напомнить, что большинство операций (включая резекцию желудка и сходные с ней по объему операции), в том числе в клиниках, в

это время выполнялось под местной анестезией. Применение интубационного наркоза началось, естественно, на недостаточно высоком и полноценном уровне: не было ни мышечных релаксантов, ни интубационных трубок, ни ларингоскопов. Методика заключалась в достижении глубокого вводного масочного наркоза. После этого осуществляли интубацию трахеи приспособленной трубкой без ларингоскопа, вслепую, на ощупь, по пальцам. Понятно, в таких условиях интубация удавалась не сразу и не всегда.

В клинике факультетской хирургии интубационный наркоз тогда проводили В.Н. Калужских и клинический ординатор Л.П. Семенова. Вскоре С.Л. Либов достал детский ларингоскоп, а я к нему приспособил п-образную рукоятку от бронхоэзофагоскопа Брюингса. Частичное облегчение это приспособление, бесспорно, принесло. Даже с появлением настоящих ларингоскопов продолжалось применение глубокого вводного наркоза, так как клиника не располагала мышечными релаксантами.

Примерно в 1956 году С.Л. Либов предложил больничному ординатору-хирургу клиники факультетской хирургии Григорию Лазаревичу Рубановичу полностью переключиться на анестезиологию. В то время в штатном расписании клиник, как и в других лечебных учреждениях, еще не было анестезиологов, но, тем не менее, Г.Л. Рубанович стал первым в городе анестезиологом.

В соответствии с приказом МЗ СССР в крупных больницах открывались отделения анестезиологии, и первой такой больницей в Куйбышеве стала больница им. Н.И. Пирогова. Впоследствии Г.Л. Рубанович защитил докторскую диссертацию по одномоментной двухсторонней бронхографии под наркозом. С отъездом С.Л. Либова в Минск часть сотрудников последовала за ним. В их числе были М.Р. Рокицкий, Г.Л. Рубанович, А.П. Максимкина. Но Г.Л. Рубанович возвратился в клинику Г.Л. Ратнера, где проработал несколько лет, затем переехал в Москву, а через несколько лет – в США.

Глава 2.
ЛИЧНОСТЬ Г.Л. РАТНЕРА

Да Винчи по размаху и труду
Эйнштейн в Киото, Лондоне и Бресте!
(завистникам к великому стыду)
Все у него по-прежнему на месте.

А. Старухин

В.И. Варгузина
Г.Л. РАТНЕР – ХИРУРГ, ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ

1923-2001

Георгий Львович Ратнер – *блестящий хирург, ученый с широким и оригинальным мышлением, способный генерировать свои идеи, воспитатель высшего звена научных медицинских кадров, человек огромной трудоспособности и высоких нравственных качеств. Можно говорить очень много высоких слов, перечислять награды и звания, которых он был удостоен, но главная его заслуга – это создание научно-педагогической школы, известной не только в нашей стране, но и за ее пределами. Биография Георгия Львовича была включена в международную книгу «500 влиятельных лидеров мира».*

При создании научно-педагогической школы, как писал Г.Л. Ратнер в одной из своих монографий, в условиях вуза практически невозможно ограничиться строго одним научным направлением. Для полноценного обучения студентов необходимы разнообразные больные. Кроме того, обширный клинический материал, накопленный за многие годы работы с разными пациентами, остался бы невостребованным, как и новые идеи, возникающие у сотрудников по поводу их обследования и лечения. Поэтому, не оспаривая ценность монотематических исследований, ведущих в глубину проблемы, Георгий Львович понимал, что работа только с больными одного профиля нередко приводит к ограниченности ученого и к утрате широты взглядов.

Многопроблемность научной школы Г.Л. Ратнера не только не снижала уровень научных исследований, но и порождала множество идей, приводивших к новым темам исследования, и играла роль в выборе научного направления.

В.И. Белоконев

Г.Л. РАТНЕР – УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ, ВРАЧ

Белоконев Владимир Иванович *родился в 1949 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1973 году. В клиниках медицинского института с 1 января 1975 года по февраль 1983 года – ординатор клиники факультетской хирургии. С 1983 года ассистент, доцент, профессор кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей Куйбышевского медицинского института. С 1998 года – профессор кафедры клинической хирургии, кафедры хирургических болезней №2, а с 2003 года – заведующий той же кафедрой. Является автором 260 научных работ, в том числе: 5 монографий, 4 учебных пособий, 19 изобретений. Под его руководством выполнено 13 кандидатских и 2 докторских диссертации. Отличник здравоохранения, номинант областной акции «Благородство», является членам различных медицинских обществ и диссертационного совета при СамГМУ.*

Время неумолимо летит вперед, оставляя позади людей, которые в течение длительного периода творили историю этого времени. Среди ведущих хирургов нашей страны второй половины XX века Г.Л. Ратнер занимает особое место как новатор и энтузиаст во многих разделах науки, как человек исключительно одаренный и прозорливый, как врач, ищущий и находящий решения многих вопросов хирургической патологии.

Анализ научного наследия Г.Л. Ратнера показывает, что в России он был одним из первых, кто вскрывал целинные научные пласты, которые затем разрабатывали другие. Именно этим он заслужил признание своих коллег – ученых и практических хирургов, которые затем последовательно внедряли его методы.

Феномен Г.Л. Ратнера состоял и в том, что в период «закрытого общества» он был принят и оценен за рубежом как личность и как хирург. Собранными в многочисленных поездках знаниями он щедро делился со своими коллегами и учениками.

Научное наследие Георгия Львовича – это не только 130 диссертаций, выполненных под его руководством, но и цепная реакция, которую он вызвал в каждом из его учеников. Реализация на кафедре под руководством одного человека исследований, по объему сравнимых с работой научно-исследовательского института, является тем материалом, который еще ждет достойной оценки потомками.

Э.С. Ахметзянова
Г.Л. РАТНЕР КАК ОРГАНИЗАТОР

Георгий Львович Ратнер внес большой вклад в развитие специализированной медицинской помощи вообще и ее отдельных разделов в частности. Как вдумчивый врач, он относился к своей профессии и специальности с уважением и любовью.

Георгий Львович часто являлся инициатором новых начинаний в клинике. Например, ему принадлежит идея применения списанной ЭПРОНовской барокамеры для лечебных целей. С большим упорством (используя усилия общественных организаций и привлекая больных), отремонтировали списанную барокамеру и ввели ее в строй. Без сбоев и ремонта барокамера отработала много лет и стала неотъемлемой частью комплексного метода лечения больных. Опыт работы отделения гипербарической оксигенации стал предметом изучения комиссии Министерства здравоохранения СССР.

Ратнер одним из первых в стране ратовал за развитие анестезиологии и реаниматологии и сам принимал активное участие в их становлении. Большие усилия он приложил для открытия в клиниках института отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Всегда сам руководил студенческим научным кружком. Много усилий приложил для становления торакального отделения, к разработке новых щадящих методов диагностики и лечения. Однажды, Георгий Львович пришел к руководству клиник с обоснованным предложением перевода торакального отделения на базу больницы им. Соловьева, имевшей фтизиатрическую направленность. На вопрос – «Почему успешно работающее отделение мы должны отдавать на базу?», – последовал ответ: «Работа отделения налажена, связь с хирургами больницы хорошая, а перевод повысит престиж всей больницы. А мы будем развивать новое направление – кардиохирургию».

Работа кардиохирургического отделения была успешной. Новые операции осваивали стремительно, а результаты были обнадеживающими, и Г.Л. Ратнер стал известен в международной кардиохирургии. Его приглашали на показательные операции американские коллеги. Он был лично знаком с блестящим кардиохирургом США – профессором Дебейки. Последний подарил Георгию Львовичу набор инструментов для кардиохирургических операций. Профессор Ратнер посещал все международные конференции, на которые его приглашали. Выступал с докладами, смело представлял хирургические инновации мнению высоких специалистов и получал одобрение. У него было много учеников – получив глубокие знания и практический опыт в области анестезиологии, реаниматологии, кардиохирургии и в других областях общей хирургии, они были востребованы в нашей стране и за рубежом.

В.Н. Калужских
Г.Л. РАТНЕР – ПЕДАГОГ

Георгий Львович постоянно стремился внести новое в процесс обучения студентов. Читаемые им лекции всегда вызывали большой интерес студенческой и врачебной аудитории. Он являлся одним из зачинателей программированного обучения в институте. Совместно с группой инженеров им была создана обучающая машина «ИРЭММА». На кафедре были разработаны и методические пособия по хирургии для студентов 4-го курса. Внедрялись новые формы преподавания, создавались учебные кинофильмы. Были написаны и изданы задачи по хирургическим ситуациям. Написана монография «Программированное обучение».

В.П. Поляков
Г.Л. РАТНЕР КАК ХИРУРГ

В своей хирургической деятельности Георгий Львович отличался порывистостью и неугомонностью. Ему нужно было «все и сейчас». Он никогда не останавливался на достигнутом. От возникновения новой идеи до ее воплощения им отводилось минимальное время. Хирург он был хороший, трудностей не боялся и довольно часто шел на риск. В

экстремальных ситуациях бывал излишне эмоционален, и ассистировать ему на трудных операциях было непросто. Вместе с тем, он был отходчив и зла не держал, работать с ним было интересно.

Л.П. Дровянникова

ГЕОРГИЙ ЛЬВОВИЧ РАТНЕР

Почетный гражданин г. Самары, заслуженный деятель науки РФ, профессор Георгий Львович Ратнер в 1962-2001 гг. работал заведующим кафедрой и клиникой факультетской хирургии Самарского государственного медицинского университета. Автор 300 научных работ, 15 изобретений, 30 монографий. Созданная им научная школа воспитала 31 доктора и 93 кандидата медицинских наук, внесших огромный вклад в развитие отечественной хирургии.

Биография Г.Л. Ратнера включена в книгу «500 влиятельных лидеров мира», издаваемую в США раз в 25 лет. «Золотой академический Оскар» в одной из самых престижных номинаций «За неоценимый вклад в культуру, науку, прогресс человечества» Георгий Львович получил в 1966 году. Орден Ленина и еще четыре ордена заслужены в разведке во время Великой Отечественной войны.

«Судьба заранее не давала мне фору, однако в самых сложных ситуациях благоприятствовала, да и сам я не бездействовал», – так говорил о своей жизни Георгий Ратнер.

В.И. Варгузина
ТИТАН

1934-2024

Варгузина Валентина Ивановна *родилась в 1934 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1959 году. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Самарского медицинского института «РЕАВИЗ», почетный профессор института.*

К началу 60-х годов клиника факультетской хирургии, которую возглавил Г.Л. Ратнер, располагала тремя отделениями: сердечно-сосудистым, торакальным и общей хирургии.

В сердечном отделении отсутствие аппаратуры искусственного кровообращения тормозило работу хирургов, что заставило разработать в клинике, совместно с коллективом завода им. Фрунзе, аппарат искусственного кровообращения. После проведенных экспериментальных исследований были начаты операции больным с врожденными и приобретенными пороками сердца. Все это нашло отражение в монографии «Хирургия сердца» (1971).

Второй проблемой, над которой работала клиника в области хирургии сердца, стало лечение нарушений ритма сердца. Клиника явилась пионером в применении электрической стимуляции сердца парными импульсами. Сотрудниками клиники, совместно со специалистами и учеными Самарского аэрокосмического университета и работниками завода им. Масленникова, были созданы несколько различных стимуляторов парных импульсов, в том числе и вживляемых.

Все начатые исследования по хирургическому лечению заболеваний сердца были продолжены учениками Г.Л. Ратнера на вновь организованной кафедре кардиологии медицинского университета. Затем на их основе был создан и успешно развивается кардиоцентр.

По хирургии сосудов научные исследования проводились в трех направлениях: восстановительные операции при заболеваниях и повреждениях сосудов, хирургическое лечение симптоматической гипертонии, хирургическое лечение портальной гипертензии.

Отделение хирургии сосудов клиники в те годы было четвертым подобным отделением в нашей стране и первым на периферии. Естественно, что было много больных с острой и хронической артериальной непроходимостью.

Большим коллективом сотрудников кафедры были разработаны вопросы по специализированной помощи больным с острыми заболеваниями и повреждениями сосудов, тактика и методы лечения аневризм ветвей аорты и периферических артерий, восстановительные операции на сосудах при атеросклерозе, тактика лечения диабетических ангиопатий нижних конечностей, дано четкое определение и предложена классификация «феномена Рейно», представлен большой опыт лечения больных с гангренозной стадией облитерирующего эндартериита, помогавший сохранить больному конечность.

К проблеме симптоматических гипертоний в клинике подошли не случайно. При углубленном обследовании больных с подозрением на коарктацию аорты, которых оперировали здесь, было обследовано огромное количество пациентов с артериальной гипертензией. И среди них оказались больные с реноваскулярной гипертонией, патологией надпочечников, злокачественной гипертонией, которыми никто не занимался. Поэтому пришлось разрабатывать новые диагностические методы, широко используя ангиографию, овладевать операциями на почечных артериях, надпочечниках, операцией портализации.

Научные исследования по этой проблеме были продолжены учениками Г.Л. Ратнера, которые возглавили кафедру хирургии на факультете повышения квалификации врачей в Самарском государственном медицинском университете.

По проблеме лечения портальной гипертензии пришлось пройти довольно сложный путь от межорганных анастомозов к вено-венозным анастомозам с удалением и без удаления селезенки. Трудности при лечении больных с этой патологией привели Георгия Львовича в Японию, - была организована поездка для обмена опытом, где ему предоставили возможность прочитать лекции и познакомиться с методами лечения портальной гипертензии ведущим японским хирургом Сугиура.

Научные исследования по проблемам лечения больных с хронической венозной недостаточностью проводили сотрудники медико-санитарной части № 3 под руководством Г.Л. Ратнера.

Все научные исследования и результаты практической работы по хирургии сосудов были обобщены в пяти коллективных монографиях («Хирургия сосудов», 1974; «Хирургия аорты и артерий», 1990; «Восстановительная хирургия аорты и магистральных сосудов», «Заболевания кровеносных сосудов», «Хирургическое лечение симптоматических гипертоний», 1973).

Научно-практическая работа клиник по хирургии сосудов получила признание как у нас в стране и за рубежом. На XIV Международном конгрессе хирургов Г.Л. Ратнер, вместе с несколькими ведущими ангиохирургами страны, представлял советскую хирургию, выступив с докладом «Реконструктивная хирургия сосудов».

В торакальном отделении клиники проводились исследования по диагностике и хирургическому лечению заболеваний легких.

Был разработан уникальный метод одномоментной бронхографии под наркозом всего бронхиального дерева. С таким диагностическим методом не было затруднений в топической диагностике опухолевых и нагноительных процессов, что дало возможность широко выполнять экономные резекции легких не только при абсцессах, но и при центральном раке легкого. Лобэктомии при раке легкого поначалу вызывали резкую критику со стороны ведущих онкологов, признававших радикальными операциями только удаление всего легкого. Но изучение отдаленных результатов большого количества больных с частичными резекциями при раке, проведенное в клинике, заставили признать этот метод и в настоящее время применять его в лечении онкологических больных.

Опыт лечения больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры нашел отражение в монографии «Хирургия легочных нагноений» (1968).

Несомненно, важными по своим практическим результатам являются работы по проблеме заболеваний пищевода и желудка.

При лечении больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химических ожогов был применен ряд оригинальных методик бужирования (в том числе эффективная методика форсированного бужирования пищевода), позволявших восстановить проходимость пищевода у 80-90% больных и резко сократить травматичные пластические операции на пищеводе. В клинике также был разработан и внедрен метод интубации пищевода при неоперабельном раке и опубликована монография «Протезирование пищевода» (1968).

Еще в конце 50-х годов предложенный Георгием Львовичем оригинальный подход к лечению язвенной болезни, основанный на принципе воздействия при операции на обе фазы желудочной секреции и включавший селективную ваготомию и антрумрезекцию, вызвал резкую критику общества хирургов. И только опыт и изучение пятилетних результатов более чем 200 оперированных больных, позволили признать обоснованность этого метода, и ваготомия вошла в практику российских хирургов.

И, наконец, нельзя не остановиться еще на одной проблеме, решаемой школой профессора Г.Л. Ратнера.

Тяжелые гипоксические нарушения организма, нередко возникавшие после больших операций, особенно у людей с приобретенными и врожденными пороками сердца и сосудистыми заболеваниями, заставили искать эффективные средства их предупреждения и борьбы с ними. Поэтому не случайно его внимание привлекла работа голландского хирурга И. Борема (1960), в которой автор сообщал об успешном лечении больных в гипоксических состояниях с помощью кислорода в барокамере повышенного давления. Этой идеей был захвачен весь коллектив. Однако попытка создать на Самарских заводах подобную барокамеру не увенчалась успехом.

И вот, когда отдыхавшие на правом берегу Волги сотрудники клиники обнаружили неиспользованную водолазную декомпрессионную барокамеру РКУ-Х, то сразу вырвался единый крик «Эврика». С немалыми трудностями барокамера была доставлена в клиническую больницу и после инженерной реконструкции начала функционировать по 14 и более часов в сутки.

Начались экспериментальные и клинические испытания. Результаты испытаний были проанализированы, обобщены и опубликованы в многочисленных сообщениях, диссертациях и монографиях. Дана оценка влиянию ГБО на различные органы и системы организма, репаративные процессы в тканях после травмы, на анаэробную инфекцию у больных с газовой гангреной и столбняком. Вскрыт механизм и показано благоприятное действие ГБО при кишечной непроходимости, перитоните и в целом ряде других заболеваний, сопровождающихся гипоксией.

Одновременно было установлено, что кислород под повышенным давлением обладает не только заместительным действием. Повышение парциального давления кислорода может приводить к ингибирующим и токсическим эффектам в клетках организма. Необходимо было

строго дозированное применение кислорода. Поэтому были разработаны режимы применения ГБО для каждого заболевания и состояния организма.

В настоящее время практически нет крупного лечебного учреждения, которое не было бы оснащено барокамерой для лечения больных с различной патологией.

По проблеме «Гипербарическая оксигенация» школа профессора Г. Л. Ратнера занимает ведущее место в нашей стране и имеет высокий авторитет за рубежом. Сообщения сотрудников звучали на XXIV Международном конгрессе хирургов, на VII Международном конгрессе по гипербарической медицине, на I Европейской конференции в Амстердаме (1983), на II Международной неделе хирургии в Милане (1990), на Международном симпозиуме по ГБО в Амстердаме (1991), на Международной конференции по ГБО на Капри (1991).

Все исследования, проведенные по ГБО, были обобщены в монографиях: «Гипербарооксигенотерапия» (1970), удостоенной диплома 1 ст. МЗ РСФСР, «ГБО-80», а также в книге Г.Л. Ратнера «Лечение кислородом под повышенным давлением».

Невозможно, да, наверное, и не надо перечислять все работы и научные открытия школы Г.Л. Ратнера, тем более что многие исследователи могут сказать, что некоторые предложенные методики и техника оперативных вмешательств устарели или слишком травматичны, да, современная медицина развивается очень быстрыми темпами. Хирургические стационары оснащены такой аппаратурой, которая позволяет выполнять малоинвазивные, эндоскопические операции и вмешательства. Но заслуга школы, прежде всего, состоит в воспитании учеников, которых у Георгия Львовича была не одна тысяча (студенты, врачи, проходившие специализацию, интерны, клинические ординаторы и др.). Среди учеников - более 100 кандидатов и 27 докторов медицинских наук.

Наша цель - показать как и с каким трудом, упорством, увлечением, отдачей, принципиальностью, нравственной устойчивостью проводились научные исследования, чтобы передать эти качества своим ученикам.

«...Не читающие анестезиологи
были и остаются, в дальнейшем,
только «начинающими». Хотя
их «техническое» совершенство
возрастает, но они
не становятся «думающими»
или «анализирующими».

Г.Л. Рубанович.
Исповедь врача. DatEnrico, 2006 г.

Глава 3.
ИДЕИ И РЕШЕНИЯ

Г.Л. Рубанович
«ИСПОВЕДЬ ВРАЧА». КОРОТКИЕ ЭПИЗОДЫ О СЕБЕ[1]

«... вся анестезиологическая
и реаниматологическая
служба в клинике была
создана именно мной».
Григорий Рубанович

Мои ученики

Почти везде мне пришлось учить анестезиологии-реаниматологии многих врачей. Я учил их тому, что знал сам. По мере нарастания моих знаний и умений, возрастала и моя «отдача». Я не могу сказать, сколько у меня было учеников, так как после моего увольнения (точнее – изгнания), мои ученики попадали к другому руководителю, и я не знаю, чему он учил их. Так что, могу считать своими учениками только тех, кто сам считает себя таковым. Сейчас у меня в руках бронзовая медаль. Нет, это не правительственная награда, это дар моих учеников. Она, медаль, не в дорогой оправе, а в обычной деревянной коробочке. На лицевой стороне выбито «50 лет». На обратной выгравировано: «дорогому Григорию Лазаревичу от учеников. 20.12.1980 г.». Этот дар для меня бесценен. Это знак признания и уважения. К сожалению, четверо из этих учеников уже умерли. Им также посвящается эта исповедь, а о живых я ещё буду говорить. Разумеется, для признательности не нужна ни медаль, ни иной дар. Каждый человек выражает чувства по-своему.

Доктор Скитер, помор, рыбак и охотник, окончил стоматологический институт и у нас проходил клиническую ординатуру по анестезиологии-реаниматологии. По всем «параметрам» он подходил к ассистентской ставке по курсу стоматологии. Руководитель этого курса Макиенко предложила Скитеру ассистентскую ставку. Он согласился, но был слишком гордым и принципиальным, что непозволительно для любого работника кафедры или иного научного учреждения.

---

[1]Григорий Рубанович «Исповедь врача. Куда катится это общество? – США: Сан Диего, 2005. – 299 с.

Его заставили, как и других ассистентов, работать грузчиками (конечно, временно). Это было нужно профессору, таковой же была судьба и его подчиненных. Ведь именно от профессора зависит и будущая должность, и высокая ставка. Но Скитер не знал и не хотел знать такого долга, о чём бесхитростно сообщил своему шефу. Это были последние слова Скитера как ассистента. Он был моментально уволен. Он улетел на Дальний Восток, а во время отпуска приехал в Москву с ценным охотничьим подарком. Благодарность? Вне всякого сомнения, а я только учил его, никаких диссертаций за него не писал. Был и такой, который относился ко мне по-господски пренебрежительно-снисходительно, как к слуге. Сейчас он уважаемый и преуспевающий человек в Самаре. Его я учил анестезиологии-реаниматологии и даже написал за него диссертацию от корки до корки, без всяких подарков и благодарностей.

Немного о себе

Кто я такой, чтобы писать свои воспоминания и размышления? Знаменитый профессор или известный учёный? (в советско-российском обществе это почти всегда одно и то же). Я никогда не был профессором и не занимал учёного поста, хотя и был доктором медицинских наук.

Я не официальный ученый, моего имени нет в словарях и летописи, и поэтому я обязан сообщить читателям, что я не был и заурядным врачом.

Другое дело, что говорили и каким я был на самом деле. Если я и не был гениальным, то был высоко ценимым, и это даёт мне право на «Исповедь» и подобные размышления.

Мой первый Учитель и первая школа

Отработав за себя и за своего друга три года, я вернулся в Куйбышев, где в медицинских кругах царил ажиотаж по поводу нового заведующего клиникой факультетской хирургии профессора Сергея Леонидовича Либова. Как рассказывали сотрудники этой кафедры, вначале, для знакомства, Либов приехал со своей женой. Этот факт может быть одной из важных причин поспешного отъезда Либова из Куйбышева. Однако в первое время ни Либов, ни кто другой из сотрудников даже не думали об этом. Сам приезд Либова означал много нового и даже необычного для хирургии и всей медицины Куйбышева. Либов ввёл и новый порядок для всех желающих поступить на работу в его клинику.

Надо было определённый срок поработать в клинике бесплатно, но с полной врачебной нагрузкой (чтобы присмотреться друг к другу), и только после этого решался вопрос о приёме. Я не уверен, что это относилось действительно ко всем (может быть, я этого просто не замечал в дальнейшем, так как мне кажется, что после меня к Либову в клинику никто не поступал). Итак, я имею работу как врач «скорой помощи», только с ночными дежурствами, и ежедневную неоплачиваемую работу и клинике.

Всё, что я увидел в клинике, было для меня совершенно необычным. Помимо привычной работы появилось и нечто новое: «странный» наркоз и совсем другие операции на сердце и легких. Эти операции продолжались по многу часов и сопровождались очень большой кровопотерей. Всё это я понял через некоторое время, когда уже был зачислен в штат в качестве хирурга, больничного ординатора.

Если мы немного знали о раке легкого, то ничего конкретного, это тем более относилось к таким заболеваниям, как бронхоэктатическая болезнь и особенно врожденные пороки сердца у детей. Мы знали лишь, что они существуют. Но в чём их суть, каков механизм гемодинамики, каковы законы и причины сердечной и дыхательной недостаточности? Всё это было далеко за пределами наших знаний и пониманий. Всё это предстояло изучить и понять. То, что я увидел и застал в клинике Либова, было отражением того, что имело место в клинике Куприянова в Ленинграде, может быть, годом раньше. Ведь все новшества были привезены Либовым, а вслед за ним – Калужским. Вскоре Либов командировал нашего врача в Ленинград для изучения современного наркоза и внедрения его в свою клинику.

Каковы же были Либовские установки и взгляды? Их можно назвать и либеральными, и неукоснительными. Учитывая значительные, почти смертельные кровопотери, все операции начинались только после обнажения периферийной вены и артерии на стопе и их канюлирования (введения специальной канюли в эти сосуды). Конечно, таких канюль мы не имели и готовили их из обрезанной иглы. Это было неудобно и не очень надёжно, но лучше, чем ничего. Все эти манипуляции проводились под местной анестезией, и только после канюлирования мы приступали к анестезии. Так называемые «сосудистые хирурги» назначались по очереди из всех работников клиники. Вторыми назначаемыми были наркотизаторы, – их тоже назначали по очереди. Что знали сотруд-

ники клиники о современном наркозе? Очень немногое. Нужно было дать глубокий масочный эфирный наркоз через современный аппарат до 3-4 уровня с тем, чтобы подавить все гортанные рефлексы. Затем, с помощью примитивного ларингоскопа, преодолевая сопротивление голосовых связок, нужно было протолкнуть трубку в трахею. Именно протолкнуть! Так называемые интубационные трубки тоже были примитивные и самодельные. После этого, смоченными марлевыми бинтами следовало затампонировать рот, чтобы воздух не проникал мимо трубки. С этого момента и начинался наркоз для операции. В то время мы не пользовались даже мышечными релаксантами, и больной через эту сложную и громоздкую систему дышал сам. Нынешние анестезиологи даже не могут вообразить такую методику наркоза! Никто из «назначенных анестезиологов» такой наркоз не понимал и даже не знал. Это скорее была механическая, чем врачебная работа. Участие в таком наркозе было не обучением, а наказанием, но избежать его было невозможно. Наша клиника несла одно-два экстренных хирургических дежурства в неделю, и они оплачивались. Кроме того, были необходимы ежедневные дежурства врачей в связи с тяжестью самих торакальных операций, и ещё больше в связи с крайне тяжёлым состоянием всех оперированных больных. После многих торакальных операций возникали такие осложнения, в которых дежурные врачи были просто беспомощны, и им приходилось вызывать из дома Либова. Он всегда приезжал, разбирался и делал нужные назначения. Эти дежурства врачей считались «добровольными», они не оплачивались, но, в случае надобности, Либов всегда предоставлял отгул без всякого оформления. Нравились ли эти внедрения сотрудникам? Вне всякого сомнения. Это и была Либовская школа!

Калужских Василия Никитича Либов избрал как первого своего анестезиолога. Он отправил его в Ленинград. Жил Калужских в семье Либова, а «пасся» на кафедре Куприянова, откуда вышла и первая торакальная хирургия, и первый, почти современный, наркоз. Этот наркоз, но в «лучшем» виде, уже много лет применялся за рубежом, в том числе и в США, и даже в военных госпиталях.

Когда я стал знакомиться с иностранной литературой, а потом и с отечественной (в то время появилось несколько статей на эту тему в журналах и даже вышла книга Смольникова, приехавшего из Англии, - сам он был русский), я понял, насколько отстала наша анестезиология от понятия «современность». Мы даже не имели трубок для интубации трахеи и

мастерили их сами из какой-то очень упругой пластмассы. Отечественный наркозный аппарат был более похож на громоздкий танк – тяжёлый и неуклюжий. Через некоторое время Либову пришла новая мысль – выделить анестезиологов на два или три месяца, без права заниматься хирургией. Эти анестезиологи могли оперировать только во время экстренных дежурств, один-два раза в неделю. Первым ли был Калужских? Не знаю.

Но вернёмся к моему прошлому. Я начал изучать все особенности, присущие наркозу, а так же причины и механизм осложнений. Для этого следовало, прежде всего, изучить и понять физиологию и патологию газообмена, дыхания и кровообращения. Со временем началось и совершенствование анестезиологического оборудования. Самодельные интубационные трубки заменили фабричными, но отечественные почти постоянно были не лучше самодельных. Они изготовлялись из такой мягкой резины, что были более опасны, чем самодельные. Эти трубки перегибались так, что воздух не проходил через них, и это неминуемо приводило к кислородной недостаточности и даже смерти больного. Импортные трубки были значительно лучше и безопасней.

В это время в медицинских журналах появилось много сообщений из нашей клиники. Мы активно участвовали в анестезиологических конференциях с различными докладами. Мы впервые получили новый мышечный релаксант – прокуран (Венгрия).

Особенность этого препарата заключалась в возможности вводить его в одном шприце с барбитуратами во время вводного наркоза. Это так же было предметом наших публикаций. Либов предложил мне писать диссертацию по нарушению внешнего дыхания в хирургии легочных нагноений. Это была модная тема.

Моя диссертация была не только модной, но теоретически актуальной – физиологическим обоснованием возможности и целесообразности операции. Подобные разработки велись и за рубежом, но уровень зарубежных исследований совершенно не соответствовал нашим возможностям ни по техническому оснащению, ни по определяемым параметрам.

Наше оборудование для анестезиологии и реанимации было примитивным, таковы же были и наши знания, особенно в реаниматологии. В Куйбышеве и Минске я слыл как анестезиолог-реаниматолог высшей квалификации. Всю свою жизнь я учился, начиная с первых шагов и до последнего дня моей работы.

В начале работы в грудной хирургии у нас не было аппаратов для прошивания бронхов и сосудов легкого. Во избежание массивных кровотечений, Либов в этом отношении был особенно пунктуален, делая чуть заметные шажки. Общая скорость его операций сокращалась только за счёт безопасных моментов. Тем не менее, кровопотери при легочных операциях были очень значительны, и это требовало переливания большого количества крови. Однако заготовка крови и системы для переливания были очень примитивны. Системы делались вручную, из отрезков резины и стеклянных трубочек, соединённых и скреплённых ниткой. А фильтры (если их можно так называть) были с такими отверстиями, что через них легко проходили сгустки крови. Сама кровь считалась «идеальной» при хранении 30 дней. Стоило ли удивляться тем бесчисленным осложнениям от таких переливаний? Думаю, что немалую положительную роль в этом играл глубокий эфирный наркоз, который снимает множество аллергических реакций. Поэтому не было и смертельных реакций от переливания резус-несовместимой крови.

В то время, мы даже не обращали внимания на слова «резус крови». Безграмотность? Конечно. Ведь во время учёбы нам рассказывали (и мы должны были знать) о недопустимости такого переливания! Единственный плюс (плюс ли?) от такого незнания – это глубокий эфирный наркоз (опять же из-за незнания анестезиологии).

Работая анестезиологом и внедряя новые методики, я был обычным анестезиологом, а шефом анестезиологии по-прежнему считался Калужских. Правда, к тому времени он только проводил гипотермию (охлаждение), а я осваивал её. Затем я проводил уже все наркозы, но и это ещё не было становлением. Главным для меня было понимание закономерностей течения послеоперационного периода у больных после операций на сердце и легких, должен сказать, что, в сравнении с другими сотрудниками, я быстрее и лучше стал понимать причины и смысл различных состояний и осложнений после торакальных операций. Наконец, Либов сказал: «В следующий раз звоните Рубановичу».

Моя работа над кандидатской диссертацией способствовала изучению физиологии и патологии дыхания, кровообращения, сердечной деятельности и механизма их осложнений. Мне стал понятен подход к компенсации этих процессов. Всё это мы должны были изучать еще в институте, но этого никто и никогда нам не объяснял. Наверное, именно эти понимания и знания помогли мне стать специалистом-реаниматологом.

Командировка во Вьетнам

Либов привёз китайский контрастный препарат для бронхографии. Контраст состоял из водной взвеси бария, был более контрастен, чем наш препарат, и, главное, не проникал в альвеолы. Самого вещества было очень мало, и Либов давал его только для бронхографии у детей. У Бандалина (рентгенолог) и у меня появилась мысль о проведении бронхографии под наркозом. Думаю, что мы получили согласие Либова. Насколько мне известно, до нас бронхографией под наркозом в СССР не занимались. Причин тому множество. Одна из них, пожалуй, самая важная, именно беспрепятственное проникновение контраста (липойодола) в альвеолы. Мы разработали новую методику бронхографии и стали получать очень хорошие бронхограммы. Одна наша совместная с Бандалиным статья была запрошена американским специалистом, но спецотдел «не рекомендовал» нам делать это.

К тому времени у Либова уже был надёжный анестезиолог, и не только анестезиолог, но и специалист по наблюдению и лечению оперированных больных. В Кубышевской клинике я считался только рядовым анестезиологом, хотя полностью выполнял все обязанности заведующего отделением. Наверное, это устраивало всех сотрудников клиники.

В американском журнале я нашёл простой и, как оказалось, надёжный способ профилактики и лечения ателектазов. Надо было тонкой иглой проколоть гортань и ввести в трахею полиэтиленовый катетер, зафиксировать его. Затем периодически вводить растворы, чтобы вызвать кашель. Результат был хороший, и мы опубликовали статью. Позже, в Куйбышеве, это стало темой кандидатской диссертации Галкина.

«Кто здесь заведующий кафедрой?»

Я думаю, что письмо о приглашении Ратнера я получил от Ивановой. Первоначально предполагалось, что я буду заведовать анестезиологическим отделением всей больницы, но базироваться на кафедре Ратнера. Однако я стал заведующим анестезиолого-операционным отделением в клинике. В моём подчинении была старшая операционная сестра и другие операционные сестры, анестезиологические сестры и будущие анестезиологи. Их не пришлось долго ждать. В то время в клинике работал только Терезников. Он был врачом всей больницы, но предпочитал нашу клинику, хотя, как выяснилось вскоре, хотел стать заведующим отделением именно у нас. Однако Ратнеру в этот момент был нужен более знающий и

надёжный анестезиолог. Я для этой должности очень подходил. Он слышал о Либове и его анестезиологе, в том числе и от сотрудников клиники.

Ратнер принял меня очень любезно. Мне трудно судить, был ли у него опыт в хирургии сердца, но в операциях митрального стеноза он чувствовал себя неуверенно. В первое время при всех его операциях наркоз проводил я. Однажды, при очень небольшом осложнении, он хотел прекратить операцию, полагая, что больная умрёт. Он явно нуждался в поддержке. Я сказал ему: «Продолжайте, с этим осложнением мы справимся». Он обрадовался и закончил операцию. Такая «нерешительность» проявлялась в первое время и при других его операциях. Я проработал в клинике Ратнера 9 лет (самый продолжительный период моей работы на одном месте). За это время произошло много событий, весьма противоположного характера, о которых необходимо рассказать. Получилось так, что я быстро стал «правой рукой Ратнера». Мне кажется, не было такой проблемы, которую он бы он не обсуждал со мной, начиная от кадрового состава и кончая научной. Может быть, это одна, но не единственная причина моей популярности в клинике и вне её. Слыл я в то время в Куйбышеве знаменитым врачом.

Должен сказать, что в организационном отношении Ратнер был на высоте. Прежде всего, это касается асептики и антисептики. Всё это было лишь начальным этапом преобразований. В дальнейшем он сделал более серьёзные и решительные шаги. Я вернулся в Куйбышев не с пустыми руками: Привёз новый контраст для бронхографии и мы сразу приступили к «поднаркозной» бронхографии, разумеется, вместе с Бандалиным. Я внедрил и новую методику профилактики и лечения ателектаза, заимствованную в США. Это было очень важно именно для нашей клиники, как, впрочем, и для любой другой, занимающейся грудной хирургией.

К этому времени я уже стал более квалифицированным анестезиологом. Частично за счёт минских ошибок, изучения патофизиологии и чтения иностранной медицинской литературы. В Куйбышеве, исходя из практической необходимости, появилось много новых идей. Все мои новые идеи теоретического и практического значения всегда исходили только из практики, ибо именно она и ставила такие проблемы.

Как лечить?

Никогда не думал, что мне придётся изобретать новый способ в лечении тяжёлых форм столбняка. Это произошло, когда к нам, во время экстренного дежурства, поступил задыхающийся больной. У него были тяжёлые судороги с выраженным цианозом, и дыхание, которое вот-вот могло прекратиться, диагноз столбняк не вызывал сомнений, но я очень мало знал об этом заболевании. Ясно было одно – это реанимационная ситуация, и надо спасать больного сегодня, сейчас! Наши знания ограничивались лишь бесшумной и затемнённой палатой. Избранный мной кабинет Аникандрова был относительно бесшумен, но явно недостаточен для купирования судорог, однако это было лучше, чем ничего. Мы не имели и хороших надёжных аппаратов для продолжительной вентиляции при лечении столбняка. Только позже, из литературы, я узнал, что американцы вообще не применяют длительной вентиляции легких при этом заболевании. А тогда я решил, что в наших условиях следовало найти способ сохранения жизни больного без такого аппарата, тем более что его и не было. Я предположил, что необходимо ограничить распространенность и глубину судорог, чтобы больной мог дышать почти самостоятельно.

Итак, специфического лечения нет. Больной может умереть и от остановки дыхания и от других, не менее опасных осложнений. Наша задача как реаниматологов – не дать ему умереть. Если мы выполним эту чрезвычайно трудоёмкую проблему, то нам удастся сохранить жизнь больному. Нужно было не только прекратить судороги или хотя бы уменьшить их глубину, но и предупредить множество других осложнений, таких, как воспаление легких, пролежни и кровотечения. Вместе с тем, необходимо было обеспечить больного полноценным и длительным питанием. Всё это оказалось возможным, но требовало колоссального энтузиазма и беспрерывного наблюдения и врачом-реаниматологом, и специальной сестрой. Главное и первостепенное в такой ситуации – обеспечение дыхания и сохранение достаточной лёгочной вентиляции, для этой цели всем больным с диагнозом столбняк (а к нам поступали больные только с тяжёлой формой этого заболевания) производилась трахеостомия для управляемого дыхания, когда в этом возникала необходимость. Мы использовали стому и для удаления мокроты, и для введения антибиотиков. После первого случая поступления больного со столбняком, такие больные поступали почти постоянно, но мы уже располагали некоторым опытом лечения судорожных состояний с помощью тиопентала натрия. Мы избра-

ли этот препарат как противосудорожный. Он оказался очень эффективным. Думаю, что без этого метода больные были почти обречены на смертельный исход. Этому была посвящена кандидатская диссертация Борока.

Письмо из Минска

Вскоре после возвращения в Куйбышев я получил письмо из Минска, в котором меня опять приглашали на работу в республиканский онкологический институт. Но именно в этот период я был абсолютно необходим Ратнеру. Он сделал всё, что мог, чтобы я остался. Явился на заседание аттестационной комиссии в Облздрав и выступил там с просьбой о присвоении мне высшей категории. Таким образом, оказалось, что я первый врач (не считая сестры ректора), получивший высшую категорию.

К тому же ничто мне не предвещало «хорошего далёкого конца». Приблизительно в это время на меня поступил и первый донос (сколько их было всего – я не знаю).

Практически этот подсчёт ни о чём не говорил, поскольку они считали только собственные наркозы, а я участвовал и во всех других наркозах как заведующий отделением. Если говорить о вновь поступивших анестезиологах, их было абсолютное большинство: Смирнова, Зильберман, Храмов, а потом и другие. Их всех я учил анестезиологии от первых шагов до моего пребывания в клинике. Вначале они вообще не могли самостоятельно проводить наркозы, а в дальнейшем – ... все мы учимся. Каждый из нас нуждается и в помощи, и в дополнительных обсуждениях. В отличие от других анестезиологов, Смирнова предпочитала работу в операционной (наркозы) работе в палатах. Безусловно, это было её право. Она была исполнительным анестезиологом и реаниматологом, и хорошим помощником.

Практически в момент написания доноса я заходил в операционную при каждом наркозе. Я никогда не придавал значения, записана моя консультация или нет. Иногда я давал советы прямо на ходу. Это не всегда была консультация. Скорее помощь и разъяснения. Ратнера не интересовал этот рапорт, так как он по-прежнему был во мне заинтересован.

Как я уже говорил, вся анестезиологическая и реанимационная служба в клинике была создана именно мной. Я по-прежнему проводил все разборы наркозов, вводил новые методики анестезиологии и реанимации (об этом

частично я и пишу здесь), проводил все наркозные бронхографии и давал наркоз на каждой, новой для клиники, операции.

Практическая анестезиология

Наконец, мы решили издать сборник только по анестезиологии и решили назвать его «Практическая анестезиология». В то время было очень мало подобных пособий и, по нашему мнению, они были необходимы, а мы уже имели большой опыт. Разумеется, редактором этой книги стал только я, мной был составлен план и мы приступили к написанию. Основными авторами статей были практикующие анестезиологи, в том числе и бывший анестезиолог Калужских. Предисловие написал Ратнер. Я уже говорил, что мне всегда приходилось помогать коллегам (и не только анестезиологам) в написании статей. Так же получилось и с подавляющим числом статей-глав в этом сборнике. Все думали, что я буду соредактором Ратнера в этом сборнике. Признаться, так же думал и я (я даже редактировал ратнеровское введение). Но Ратнер мне такого предложения не сделал. Тогда мне пришлось выступать, как автору или соавтору всех написанных мною работ. Это очень удивило формального редактора.

Наша книга, изданная значительным тиражом, разошлась мгновенно, и многие заявки нам не удалось удовлетворить.

Способный во всех отношениях

О том, что в нашем институте введён курс анестезиологии и реаниматологии для студентов 6-го курса, я узнал позже других, особенно профессоров. Они об этом узнали раньше, и некоторые из них даже стали поздравлять меня с получением доцентской ставки. Среди них был, конечно, и профессор Аминев. Основной курс, как и полагалось, был отдан кафедре Аминева. Анестезиолог, который был у него, больше всего соответствовал кафедре, хотя специалистом был весьма посредственным. Он получил полную ставку. Мне были даны субординаторы терапевтического цикла, которых было вдвое больше (так же как и часов), чем по хирургии, но мне дали только полставки. Мои занятия со студентами-субординаторами проходили в виде лекций и практических занятий (в операционной – наркоз, в реанимационной палате – реанимация). Моя мечта была всегда (и до этого курса, и во время его) обу-

чать будущих врачей не только клинике и лечению, что обычно делают профессора, а механизму таких серьёзных и смертельных процессов. Я называю это патофизиологическим мышлением, ибо именно так должен мыслить и понимать свою лечебную работу каждый, кто занимается такими пациентами. Должен сказать, что я читал на лекциях и объяснял на практических занятиях не только то, что знаю, но и то, что подозреваю. Мне пришлось читать такие процессы, как отёк легких и дыхательная недостаточность, инфаркт миокарда и кардиогенный шок, и многое другое. Может быть, поэтому мои лекции посещали не только субординаторы, но и ассистенты и даже доцент терапевтической кафедры. Всё ли было понятно студентам? Много ли было вопросов? На лекциях мало, на практических занятиях – много. Но были и такие субординаторы, которых ничего не интересовало. Наверное, это мое упущение – не их. Надо было что-то изменить или упростить. Хотя можно ли что-нибудь упростить в медицине? Вслед за этим по клинической больнице вышел приказ, которым меня освобождали от должности заведующего отделением анестезиологии-реанимации клиники в связи с переходом в институт. Я знал, что в клинической больнице есть и другие полставочные ассистенты, которые продолжают работать и в больнице. Будучи наивным, я полагал, что у меня будет такая же перспектива. Я сказал главному врачу, что получаю всего полставки и поэтому имею право работать и врачом.

- Имеете, - сказала главврач, - но это зависит так же и от администрации - нужны ли вы, и есть ли такая возможность и необходимость.

Я сказал, что вместо меня никто не принят. Она ушла от этой темы. Когда я принёс юридический документ, она сказала, что может предложить только работу дежуранта по больнице во время экстренных дежурств. Теперь надо было ждать следующего его шага. Долго ждать не пришлось. Неслучайно, когда я был уволен с должности заведующего отделением, именно Поляков был назначен на моё место, хотя он занимал ставку ассистента-хирурга. После этого в отделении произошла своеобразная коллизия. Я занимался с субординаторами в том же кабинете, который раньше занимал как заведующий. С утра в отделение приходил новый «глава» и делал обход. Затем приходили субординаторы, которые считались лечащими врачами этих больных, и мы также делали обход. На моём обходе и раньше, и в последующем, до последнего дня моей работы в клинике, присутствовал и лечащий врач, и все сестры. Затем, уже в учебной комнате, мы разбирали каждого больного, обсуждали причины и

механизм осложнения, выбирали план лечения. Всё это Зильберман и записывал в истории болезни, именно с теми же назначениями, которые мы сделали при нашем разборе.

Как дежурант приёмного покоя, я нёс определенное количество экстренных дежурств. Клиника факультетской хирургии как экстренная по-прежнему несла 2-3 дежурства в неделю. Вне зависимости от этих дежурств, в клинике был свой дежурант анестезиолог-реаниматолог. Получалось, что на экстренных дежурствах фактически было два дежуранта. Один из них проводил только экстренные наркозы (если были такие операции), второй дежурил только по клинике. Дело в том, что если по экстренной хирургии дежурил анестезиолог, не знающий наших больных, то клинике был нужен именно свой анестезиолог.

Перед отъездом

Все мои бывшие ученики и другие анестезиологи (в то время я был председателем областного общества анестезиологов) собирались написать письмо в Куйбышевский обком партии. Не знаю, написали они его или нет, но это не имело значения. К этому моменту я уже почти окончательно решил, что надо уезжать. Я пришёл в кабинет Ратнера с просьбой подписать мою характеристику для конкурса на должность ассистента. Он спросил у меня, что я решил – уезжать или оставаться здесь. Я ответил, что предпочел бы остаться, но не в том положении, в котором нахожусь сейчас. Он усмехнулся, но подписал. Судьба конкурса мне была ясна и так. Я не пришёл на заседание ученого совета и не узнавал о его решении. И до сих пор не знаю, кто был тогда избран ассистентом. Сегодня я пишу исповедь и должен без скромности и стеснения заявить, что все новые разработки и внедрения на кафедре принадлежат только мне. Все остальные мои соавторы были активными проводниками этих идей и их участниками. Поэтому я всегда называл разработки «нашими». Когда я говорю «новые», я имею ввиду только мои оригинальные, собственные идеи и разработки. Что касается наркоза как такового он не был моим. Это были обычные методики, уже применявшиеся в других клиниках, но лишь внедрённые мной. Все анестезиологи – «старые» и «новые», и даже вновь прибывшие, в том числе временные, неукоснительно выполняли эти методики и разработки.

Я пригласил в Москву Храмова, и он стал нашим новым врачом. Пригласил и нескольких сестёр, работавших со мной ещё в Куйбышеве. Я должен сказать, что у меня всегда были хорошие отношения с сестрами, где бы я ни работал.

Олег Храмов был очень талантливый и способный человек. Всю дорогу ему сопутствовал «зеленый свет», но совершить задуманное не удалось. Как-то в беседе с известным хирургом Савельевым, Храмов сказал, что он накануне нового изобретения. Речь шла о нужном приборе для непрерывной регистрации в крови содержания кислорода и углекислого газа. Ему, Храмову нужны были 3-4 недели и импортная аппаратура. Савельев тут же принял его на работу и отправил в хороший виварий с современной импортной аппаратурой. Прошел обещанный срок, а аппарата нет. Заведующий анестезиологическим отделением сказал Савельеву: «Пора использовать Храмова как анестезиолога».

Как стать врачом?

Это очень простой вопрос, но ответ очень трудный. Его можно упростить до неузнаваемости и выразить стереотипными фразами. Для этого нужна вся жизнь, но и этого мало, большего мы не имеем. Это правда. Но что она даёт? Что она меняет? Ничто и ничего. А почему вся жизнь? Можно сказать, что каждая или почти каждая встреча с больным или даже с небольшим изменением ситуации заставляет врача думать (если он хочет думать), искать и находить решение или хотя бы понимание, что происходит с больным. Это первый шаг становления врача. Я уже писал, что моё становление как врача произошло в клинике Либова. Хотя уже и до этого, в Дёме, у меня были попытки научного анализа некоторых, сугубо практических проблем. Это были попытки, но не становление.

Мне кажется, что лучший путь становления врача можно показать и рассказать на конкретных фактах. Я думаю, что наиболее внимательным и понимающим слушателем был именно Ратнер.

Глава 4.
ВРЕМЯ СОБИРАТЬ КАМНИ

А.М. Старухин
ПИСЬМА

Э.С. Ахметзяновой

Уважаемая Эльфия Салиховна!

Из телефонных бесед со мною Вам стало известно о моём намерении восстановить историю обезболивания в клиниках Самарского медицинского университета. Более четверти века Вы были главным врачом этого крупного лечебного учреждения города. Вы проводили организационные преобразования в клиниках, Вы в состоянии осветить ряд вопросов, представляющих общий интерес для читателей. К таким относятся следующие вопросы.

I. Открытие отделения анестезиологии для оказания экстренной хирургической помощи больным хирургических клиник, а также проведение интенсивной терапии больным клиник терапевтического профиля. Открытие отделения было исполнением приказа МЗ СССР или Вашей опережающей инициативой для нужд стремительного развития и расширения показаний к хирургическому вмешательству? Назначение первого заведующего отделением проводилось по конкурсу или Вашим решением, как главного врача клиник?

II. Открытие отделения реанимации и ликвидация так называемого операционного блока с койками для тяжелых послеоперационных больных. Возникает вопрос, почему отделение открыто на базе клиники факультетской хирургии и только для нужд больных этого профиля, при наличии тяжелых больных в других клиниках? Согласовывалась ли с Вами кандидатура Г.Л. Рубановича на должность заведующего отделением или это оставалась прерогативой профессора Г.Л. Ратнера? Обсуждались другие кандидаты?

III. Организационно-финансовые вопросы установки барокамеры в клиниках, позднее в клинике травматологии и ортопедии, согласование юридических процедур, степень Вашего участия, как руководителя учреждения, в согласовании финансов, штатов, кадров.

IV. Из каких источников и какова была необходимость открытия палаты анаэробной инфекции? Инициатива открытия согласовывалась только с профессором Г.Л. Ратнером или также с руководством областного отдела здравоохранения? За счет каких ставок обеспечивалась работа отделения?

V. Ваша оценка работы анестезиолого-реанимационной службы клиник по снижению летальности. Перспективы по дальнейшему материально-техническому оснащению.

VI. Вопросы функциональной диагностики и лабораторного дела. Материально-техническое оснащение.

Уважаемая Эльфия Салиховна! Я буду признателен Вам за всестороннее освещение вопросов, сформулированных мною выше. И не только я. В исторической перспективе Вам будет признательно последующее поколение сотрудников Самарского государственного медицинского университета.

С уважением, Александр Старухин,
Самара, декабрь 2006 г.

Г.Л. Рубановичу,
Сан Диего, США

Уважаемый Григорий Лазаревич!

Благодарю за доброжелательную интонацию в беседе со мной, спасибо за положительный ответ на предложение принять участие в сборнике воспоминаний об истории обезболивания в клиниках Самарского медицинского университета, инициатором которого рискнул стать я. Рискнул, потому что я не встречаю какой-либо поддержки со стороны коллег, в частности, Ваших последователей. Потому и употребил глагол рискнул.

Бесспорно, Вы – ключевая фигура, стоявшая у истоков становления анестезиолого-реанимационной службы клиник. Ваше участие прольет свет на многие стороны начального этапа, остающиеся за семью замками для большинства анестезиологов-реаниматологов старшего поколения. Собственно, толчком к возникновению самой идеи послужил интерес к прошлому клиник начинающих анестезиологов и реаниматологов. Сразу же говорю Вам спасибо от имени будущих читателей, учитывая Вашу географическую отдаленность.

С уважением, Александр Старухин,
13 сентября 2007 г., Самара

Академику А.Ф. Краснову

Многоуважаемый Александр Федорович!

Так случилось, что история обезболивания в клиниках Самарского государственного медицинского университета уподобилась падчерице в русской народной сказке. Иные клинические дисциплины имеют своих покровителей в лице заведующих кафедрами и, соответственно, свою историю.

Я намерен восстановить историю обезболивания настолько, насколько это станет возможным. Поэтому я обращаюсь к Вам, уважаемый Александр Федорович, по следующим соображениям:

1. Вы стояли у истоков создания кафедры травматологии и ортопедии и предпочтительного выбора анестезиолога для вашей работы в операционной (клиника госпитальной хирургии).
2. Вы открывали отделение анестезиологии и реанимации (Пензенская, 226) с подбором кадров и назначением заведующего отделением, регламентацией работы отделения в целом.
3. Вы открывали доцентский курс по анестезиологии и реаниматологии по программе госпитальной хирургии, в последующем на кафедре хирургии ФУВ, институте последипломного образования.
4. Вами первоначально инициировано создание кафедры анестезиологии и реаниматологии при СГМУ, к сожалению, не увенчавшееся успехом.

Остаюсь признательным за понимание и положительное решение моего обращения.

Александр Старухин,
2 апреля 2007 г.

Г.Л. Рубановичу
Сан Диего, США

Уважаемый Григорий Лазаревич!

Надеюсь, моё письмо застанет Вас в полном здравии и добром расположении духа: последнее для меня крайне важно.

Письмо Ваше получил 2 июня 2007 года, испытал двойственное чувство. Порадовал Ваш ответ, но содержание письма меня огорчило. Да, я знаком с Вашими воспоминаниями, вновь встретился с лицами «давно позабытыми».

Всё интересно, но, к сожалению, уровень не тот. Вы описали мимикрические формы взаимоотношений, точнее поведения, а меня в большей степени, занимает калейдоскопическая манера взаимоотношений на уровне ординаторов в повседневности. Этого в Вашей «Исповеди» нет. О чем, собственно, я просил Вас в моём первом письме. Я могу только повторить мою просьбу – решение остается за вами.

С уважением, Александр Старухин,

8 марта 2008 г.

Уважаемый Александр Михайлович!

Я получил Ваше письмо и «Одиссею». За то и за другое я очень благодарен Вам. К сожалению, я не могу выполнить Вашу просьбу. Всё, что я хотел сказать, я написал в книге. Там есть подробности и о становлении анестезиологии и реаниматологии в Куйбышеве (Самаре). Так что можете взять из книги, всё, что хотите. Я понял, что у Вас есть моя книга.

Ваш Григорий

Храмовым, Москва

Я приношу извинения за причиняемую боль в связи с возвращением разговора об Олеге Трофимовиче Храмове, моем бывшем коллеге по профессии в клинике факультетской хирургии, руководимой профессором Г.Л. Ратнером.

Я убедительно прошу вас сообщить некоторые сведения о нем для планируемого сборника «История обезболивания в клиниках Самарского медицинского университета». В частности, даты рождения и смерти, где и в каком году окончил медицинский институт, с какого и по какое время работал в клиниках института, его фотография. Буду очень признателен за отклик и представленные сведения о нем. Возможно, есть фотографии с коллегами по работе в прошлом.

С уважением, Александр Старухин,
28 августа 2008 г.

Профессору Н.Ф. Давыдкину

Дорогой Николай Федосеевич!

Мой утренний звонок и беседа с тобой 24 марта продолжала меня волновать очень долго после нашего разговора.

Мне не была понятна аргументация твоего отказа от участия в коллективном труде под условным названием «История обезболивания и реанимации в клиниках медицинского института». Твоя реплика о глубоком освещении «Истории» вряд ли уместна, тем более, что детали тех научных работ, выполненных в условиях ГБО, были и остаются прерогативой научного руководителя (ГЛ. Ратнера), диссертанта и проректора по научной работе.

Я считаю: «Лучше поверхностно и плохо, чем никак и в возможной перспективе глубоко». В первом варианте можно внести поправки, во втором - вряд ли, ибо как изрек Экклезиаст: «То, чего нет, того считать нельзя».

Твоя задача необычайно проста – рассказать о времени и о себе, о событиях и коллегах так, как они сохранились в твоей памяти. Претензий на абсолютную достоверность фактов не требуется. Ты подтверди факт, имевший место, а взгляд на него всегда многоликий, – главное, что он имел место. Твои воспоминания будут отражать твой субъективный подход к событию, которое не нуждается в научном анализе.

Моя задача также проста – оставить письменные свидетельства для истории, сохранить приоритетность клиник института в вопросах обшей анестезии и метода гипербарической оксигенации, которые ей принадлежат по историческому праву. Сегодня ни у кого не вызывает сомнение о клиниках, в том числе о клинике факультетской хирургии, как базы подготовки анестезиологов и реаниматологов для города Самары и области в 60-е годы.

Как знать, не получится ли так, что спустя четверть века, неожиданно для всех, могут возникнуть претензии и тяжба между клиниками университета и другими лечебными учреждениями, в частности, областной больницей имени М.И. Калинина и городской больницей № 1 им. Н.И. Пирогова. Тем более, что последняя открыла отделение анестезиологии де факто на год раньше клиник медицинского института.

Человеческая память имеет странное свойство – «корыстной» забывчивости, поэтому настоящий сборник будет основным документом в возможном споре за приоритетность. Только поэтому я не разделяю твоих побуждений к глубокому анализу тех работ, которые выполнялись в барокамере в бытность

твоего заведования отделением ГБО. Пиши не задумываясь, с той легкостью дуновения ветерка, не вызывающего возмущения на поверхности реки жизни. Вспомним народную мудрость: «Что написано пером, того не вырубить топором». Твои воспоминания укрепят надёжность пера.

Неслучайно эпиграфом к письму на имя А.А. Борока в Израиль, я взял высказывание английского философа Ф. Бэкона: «К памяти предшественника будь справедлив и почтителен, ибо, иначе, этот долг наверняка отдадут ему после тебя».

Александр Старухин,
Самара, 1 апреля 2008 г.

Профессору В.К. Поленичкину,
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей

Уважаемый Владимир Кузьмич!

Восстанавливается история обезболивания в клиниках Самарского государственного медицинского университета. Из источника, заслуживающего доверия, известно, что в 70-е годы XX века Вы некоторое время проводили наркозы в клинике хирургической стоматологии, руководимой профессором М.А. Макиенко (Пензенская, 226).

Если сведения достоверны, убедительно прошу Вас поделиться воспоминаниями для будущего сборника, с приложением кратких биографических сведений и фотокарточки. Надеюсь на Ваше положительное решение. За беспокойство прошу великодушно извинить.

С уважением, Александр Старухин,
2 апреля 2007 г.

Зильберману Эммануилу Самсоновичу,
Самара, декабрь 2006 г

.

Дорогой Эммануил!

Не нам судить и определять значимость «воспоминаний». Оставим наши сомнения на суд читателей, их профессиональную совесть, пытливый и беспокойный интерес. Наша задача необычайно проста – рассказать о первых шагах, первом опыте, ошибках, осложнениях и опасностях общей

анестезии на этапе становления и организационного завершения службы обезболивания и реанимации.

Наши профессиональные отношения приближаются к полувековому юбилею, и не будем его омрачать. В этом плане мы хорошо осведомлены друг о друге. Твоё скептическое отношение к моему предложению воспринимается с пониманием особенности твоего «я». Устные предложения по твоей просьбе я трансформирую в письменные, с перечнем вопросов, которые, на мой взгляд, заслуживают освещения. Что ж, я исполнил, очередь за тобой.

I. Твое восприятие обстановки в клинике факультетской хирургии после твоего трудоустройства. Кто в то время состоял штатным анестезиологом – Г.Л. Рубанович, Г.И. Терезников, Т.В. Смирнова и другие (?). Распределение функциональных обязанностей, взаимные отношения.

II. Формирование концептуальных взглядов на обезболивание оперативных вмешательств у больных с тяжелыми формами тиреотоксикоза, симптоматической гипертензией, врожденными пороками сердца, гнойными лёгочными процессами.

III. Принципы послеоперационного ведения больных – интенсивная терапия. Этот раздел для тебя – золотой кладезь для сочинительства.

IV. Открытие отделения реанимации и как оно проходило. Обсуждение кандидатуры на должность заведующего. Взаимоотношения Рубанович – Терезников. Открытие отделения анестезиологии для обеспечения экстренной хирургической помощи в клиниках.

V. История приобретения барокамеры, предпосылки и роль О.Т. Храмова в становлении метода гипербарической оксигенации. Взрыв в барокамере и гибель сотрудников в г. Киеве. Изменение режимов гипербарической оксигенации на ранних этапах её функционирования.

VI. Традиция обсуждения анестезий по наркозным картам. Эти так называемые «субботники» – школа повышения знаний анестезиологов или утверждение личной исключительности Рубановича. Интерес к разборам анестезиологов других клиник и анестезиологов городских больниц.

VII. Открытие в клинике факультетской хирургии палаты для больных с анаэробной инфекцией. Ставками каких отделений (клиник) обеспечивалась работа палаты. Участие областного отдела здравоохранения (?).

Интенсивная научная разработка проблемы анаэробной инфекции. А.А. Борок, А.А. Ненашев, Л.П. Дровянникова, Э.С. Миниберг.

VIII. Виды обезболивания, переход от местной анестезии к эндотрахеальному способу анестезии на примере операций на щитовидной железе (Б.В. Аникандров). Начало твоей работы знаменовалось использованием хлороформа или он уже стал достоянием истории? Экскурс по наркотическим средствам. Наркозные аппараты.

IX. Последнее. Кто ты есть: год рождения, где и когда окончил медицинский институт, где и когда проходил первичную* специализацию, последующие усовершенствования. С какого года кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория. Личные отношения и отзыв о коллегах своей и других клиник. Истории трагикомические и прочие. О Г.Л. Ратнере.

Я дал тебе возможность сказать всё то, что ты хочешь и можешь. Твоя реплика о том, что это никому не нужно и не интересно, может стать ошибочной. Я упустил время твоего заведования отделением анестезиологии клиник.

С уважением, Александр Старухин,
декабрь 2006

Л, А. Труфанову,
Москва

1935–2013

Уважаемый Лев Александрович!

Прошу извинить меня за беспокойство, но дело того стоит. Я задался целью восстановить историю обезболивания в клиниках Самарского медицинского университета в той полноте, в какой это только возможно. Ты долгие годы работал анестезиологом в клинике госпитальной хирургии, поэтому я обращаюсь к тебе с просьбой написать воспоминания о годах своей работы в клинике госпитальной хирургии. Объем не ограничен, стиль свободный. Буду признателен за готовность принять участие в общем деле.

Надеюсь на положительный ответ.

С уважением, Александр Старухин,
13 января 2007 г.

К памяти предшественника будь
справедлив и почтителен,
ибо иначе этот долг наверняка
отдадут ему после тебя.

Ф. Бэкон

А.А. Бороку, Тибериас, Израиль

Мне, право, неловко, уважаемый Александр Абрамович, но неопределенность твоей позиции в нашей августовской (2006 г.) беседе, вынуждает меня вновь обратиться к теме, обсуждаемой ранее. Я настоятельно прошу тебя откликнуться на мое предложение принять участие в сборнике под условным названием «История обезболивания в клиниках Самарского медицинского университета». За два года плодотворного пребывания в клинике факультетской хирургии тебе есть чем поделиться. Помимо этого, тебе хорошо известна организация и состояние анестезиологической и реанимационной службы в других хирургических клиниках. Надеюсь на положительное решение вопроса.

С уважением, Александр Старухин,
Самара, 1 февраля 2007 г.

Глава 5.
ОТЗВУКИ ДАЛЕКОГО ПРОШЛОГО

Э.С. Ахметзянова
УСТРЕМЛЕННЫЕ В БУДУЩЕЕ

Эльфия Салиховна Ахметзянова *(1921-2012 гг.) родилась в г. Саратове в июне 1921 года.*

В 1941 году окончила школу и поступила в Казанский медицинский институт, но стала выпускницей Куйбышевского медицинского института в 1947 г.

Участковый врач, заместитель главного врача лечебного объединения №17, главный врач клиник Куйбышевского медицинского института (1959-1986 гг.), заслуженный врач РСФСР, почетный профессор Самарского медицинского университета.

Открытию отделения анестезиологии для оказания стационарной хирургической помощи больным хирургических клиник, а также проведению интенсивной терапии больным клиник терапевтического профиля предшествовали огромный накопленный опыт коллектива ученых-профессоров, преподавателей, врачей – специалистов, высокое качество образовательного процесса высшей медицинской школы, высокий уровень научных исследований, совместная деятельность с органами и учреждениями практического здравоохранения. Многие сотрудники клиник проявили большую активность и целеустремленность в освоении новых методов анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и интенсивной терапии послеоперационного периода, воспользовавшись курсами первичной специализации и усовершенствования, изучением опыта передовых лечебных учреждений страны и материалов съездов и конференций.

Наиболее активной в этом направлении была клиника факультетской хирургии во главе с замечательным человеком, прекрасным ученым, профессором Георгием Львовичем Ратнером. Надо отдать справедливость той настойчивости, с которой он сам изучал и привлекал сотрудников для внедрения в повседневную работу новых достижений в области анестезиологии.

И в этом нам помогали руководители города и области, руководители крупных промышленных предприятий, заводов и фабрик. Большинство наших заказов выполнялись бесплатно. Огромное количество новой аппаратуры в клинике факультетской хирургии соответствовало современным требованиям.

Конкурс на заведование отделением анестезиологии не объявлялся, так как работа этого отделения становилась очевидной. Основная инициатива шла от сотрудников во главе с Ратнером, и администрация поддержала их материально и морально. Были выделены штаты задолго до юридической регистрации отделения, не выходя из имеющегося штатного расписания, конкретно, за счет сотрудника, ушедшего в отпуск или на больничный лист, временного вакантного места. Приходилось рисковать, помнить и оперативно совершать законные действия в расстановке кадров, не забывая о том, что «чем быстрее продвигается в своем развитии человек, тем чаще должен оглядываться назад...», чтобы не сойти с логической непрерывности своего пути.

Нужны были деньги для закупки нового дорогостоящего оборудования, но такими деньгами администрация, естественно, не располагала. Поэтому приходилось применять многовариантность собственного мышления, например, использовать метод исключения обращения за помощью к руководителям промышленных предприятий:

а) обращаться в М3 СССР, М3 РСФСР нельзя, – там лежат наши письма, ждем денег или аппаратуру;

б) к Чечене Л.С. – нельзя, – недавно дал крупную сумму на ремонт (оплатил процентовки);

в) к Ельцину В.П. – нельзя, – купил оборудование для клиники профессора Германова В.А.;

г) к Такоеву Д.А. – нельзя, – он нам строит клинику глазных болезней для профессора Т.И. Ерошевского. И так далее, нельзя, нельзя, нельзя...

Круг замкнулся... Ан нет! На помощь приходит «мнемотехнология». Из дальнего уголка памяти всплывает улыбчивое лицо одного из руководите-

лей города или области. Стоп-кадр, минута на размышление, и я уже у него в кабинете. Вспоминаем, как трудно врачам без современного оборудования, как трудны времена без денег. Вспоминаем пофамильно общих знакомых, которые недавно умерли, а могли бы не умереть при наличии современной аппаратуры.

Заработала «вертушка» (правительственный телефон): утвердительное сообщение: «Оплатили». И у нас появляется аппаратура, оснащение твердым и мягким инвентарем по работающей программе, всё новое. Ура!

Почему именно в клинике факультетской хирургии было открыто отделение анестезиологии? Потому, что там этого хотели и были к этому готовы: имели подготовленные кадры, понимали важность операционного и послеоперационного этапа лечения, имели больший опыт и большее количество прошедших через клинику тяжелых больных, а также ряд других, вполне объективных причин.

Открытие в одной клинике отделения не исключало возможности перевода туда тяжелобольных из других клиник без дополнительного согласования или распоряжения.

Кандидатура Г.Л. Рубановича на заведование отделением анестезиологии, естественно, согласовывалась со мной. Профессор Г.Л. Ратнер, как всегда сам, вместе с кандидатом пришел ко мне на приём и я согласилась с кандидатурой.

Практическая деятельность отделения анестезиологии, его большой опыт, новые методы обезболивания и послеоперационного ведения больных тут же становились основой для написания кандидатских и докторских диссертаций. Все сотрудники отделения преуспели в научных исследованиях.

Более или менее организованное отделение анестезиологии в клинике факультетской хирургии создано в ноябре 1955 года по инициативе заведующего кафедрой факультетской хирургии профессора Сергея Леонидовича Либова. Он же провел первый эндотрахеальный наркоз эфиром у больного с урологическим заболеванием. Сергей Леонидович увлёк анестезиологией ассистента кафедры Василия Никитича Калужских, который некоторое время возглавлял отделение анестезиологии. С этого времени анестезиологи всесторонне изучали и совершенствовали методы обезболивания операций на органах брюшной и грудной полости. Совместно с хирургами они изучали и внедряли в практику методы интен-

сивной терапии послеоперационного периода, методы коррекции массивной кровопотери. Изучались возможности чрескожной электростимуляции как анальгетического компонента во время операции и в послеоперационном периоде. Большая работа проводилась анестезиологами в лечении больных с анаэробной инфекцией (столбняк, газовая гангрена, ботулизм) и нагноительными заболеваниями.

С появлением нового корпуса в Самаре на ул. Тухачевского, 226, расширился лечебный процесс, увеличилось количество коек, объем оказания плановой и экстренной медицинской помощи, расцвела наука. Защитили докторские диссертации Г.Л. Рубанович, А.С. Дильдин, Л.А. Труфанов, Э.С. Манелис. Все хирургические клиники имели собственных подготовленных анестезиологов. В развитии анестезиологии и реаниматологии большую роль сыграли врачи, их самоотверженный труд. В первых рядах – профессора С.Л. Либов, Г.Л. Ратнер, академики А.Ф. Краснов и Г.П. Котельников.

Многое изменилось в структуре и жизнедеятельности клиник за последнее десятилетие. В 2004 году была создана кафедра анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи института последипломного образования, которую возглавила профессор, доктор медицинских наук Труханова Инна Георгиевна. Я очень рада этому, и когда теперь меня приглашают в клиники, у меня захватывает дух от величия и значимости новых преобразований!

В.Н. Калужских
ИЗ ДАЛЕКОГО ПРОШЛОГО

Калужских Василий Никитич *(1926-2012 гг.), окончил Куйбышевский государственный медицинский институт в 1953 году. Доцент кафедры факультетской хирургии, кандидат медицинских наук, анестезиолог второй категории (1959 г.), участник Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.*

Трудно сохранить в памяти все подробности событий из далекого прошлого, если не вести хронику событий, в памяти остаются наиболее важные и запоминающиеся моменты работы, о которых хочу рассказать в общих чертах.

Таким моментом в моей памяти было событие, связанное с применением интратрахеального наркоза. Инициатором стал профессор Сергей Леонидович Либов из клиники, руководимой П.А. Куприяновым в Ленинградской Военно-медицинской академии. Его приезд в Куйбышев был связан с избранием по конкурсу на должность заведующего кафедрой факультетской хирургии.

Первый интратрахеальный наркоз в клинике факультетской хирургии проведен профессором С.Л. Либовым 13 ноября 1955 года больному с урологическим заболеванием, которого оперировал доцент Смеловский Владимир Павлович. Методика была такова: сначала больного усыпили под ингаляционным эфирным масочным наркозом, при достижении нужной стадии наркоза при самостоятельном дыхании и лишь потом, выполнили интубацию трахеи. Наркоз Либов проводил до конца операции. Показав методику интратрахеального наркоза при различных оперативных вмешательствах на органах грудной и брюшной полости, С.Л. Либов стал поочередно привлекать к работе своих сотрудников. Первоначально он сам начинал наркоз, затем больного передавал врачу, а сам мылся и вставал за операционный стол.

По мере того, как технически усложнялись операции, профессор, видимо, пересмотрел свою первоначальную позицию относительно «разноликого» наркоза. Не у каждого было желание сидеть у изголовья больного, дышать эфиром. Тогда и предложил Сергей Леонидович мне пройти специализацию по анестезиологии в клинике П.А. Куприянова в

Ленинграде в конце 1955 года. С 1956 года, оставаясь клиническим ординатором, я стал нештатным анестезиологом клиники, и с этого времени другие врачи уже не включались в проведение наркоза.

С приездом С.Л. Либова было открыто кардиологическое отделение для взрослых и детей с врожденными пороками сердца. Освоена гипотермия, и у некоторых детей операции выполнены под интубационным наркозом в условиях гипотермии. И так продолжалось до конца 1959 года, пока в штатном расписании клиник не появилась новая специальность – анестезиолог. Первым штатным анестезиологом стал Рубанович Григорий Лазаревич. В клинику пришли новые кадры: Смирнова Тамара Вячеславовна, Терезников Геннадий Иванович.

При наличии штатных анестезиологов, и будучи уже аспирантом кафедры, я иногда давал интратрахеальные наркозы. Например, в 1961 году мною было проведено 63 наркоза. Со сменой руководства кафедрой и избранием Ратнера Георгия Львовича заведующим указанной кафедры, я получил другие обязанности и к проведению наркозов не привлекался.

Несколько ранее, под научным руководством профессора С.Л. Либова, в 1959 г., я защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Материалы к обезболиванию при хирургическом лечении тиреотоксикозов». Жизнь нас убедила в том, что пора выходить за рамки самого совершенного метода обезболивания в нашей стране, метода, разработанного А.В. Вишневским. Поэтому мы модифицировали местную анестезию, дополнив ее нейроплегическими средствами. Третий вариант обезболивания операций на щитовидной железе по поводу тяжелого тиреотоксикоза был связан с интратрахеальным наркозом под гипотермией. И в январе 1956 года была проведена первая операция в таких условиях.

В значимости специалиста-анестезиолога мы смогли убедиться на примере больных с тяжелым тиреотоксикозом, и моя работа стала тому подтверждением.

Постепенно в клинику пришли анестезиологи: Зильберман Э.С., Храмов О.Т., Чернышева Н.И., затем возглавившая отделение анестезиологии клиники. Самоотверженно продолжали работать Серафимович Л.А., Герасимова Л.И., Кононова Л.П., Кулимина Г.С., Голованов Ю.А.

Добрым словом вспоминаю Коробкова Льва Павловича, Еремину Валентину Васильевну и тех, кого моя память не сохранила за долгие годы работы в клинике...

Я был первым анестезиологом клиник медицинского института, но любовь к хирургии была сильнее, и я не мог пренебречь таким чувством.

А.Ф. Краснов

МОИ ШТРИХИ К РАЗВИТИЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В КЛИНИКАХ КУЙБЫШЕВСКОГО - САМАРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА-УНИВЕРСИТЕТА[1]

Краснов Александр Федорович (1929-2015). В 1947-1953 гг. студент Куйбышевского медицинского института. В1953-1958 гг. – клинический ординатор, аспирант кафедры госпитальной хирургии, 1958-1963 гг. – ассистент той же кафедры. 1963-1967 гг. – проректор по учебной работе. С 1966 по 2005 гг. – заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии.

С 1967 по 1999 гг. – ректор Куйбышевского-Самарского медицинского института-университета. С 2005 г. по настоящее время – профессор той же кафедры. Кандидат медицинских наук с 1958 г., доктор медицинских наук с 1963 г., член-корреспондент РАМН с 1995 г., академик Российской академии медицинских неук с 1999 г. Заслуженный деятель науки России, лауреат Государственной премии России, лауреат Правительственной премии России. Эксперт Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), Президент Самарской ассоциации травматологов и ортопедов, Почётный ректор Самарского медицинского университета, Почётный гражданин города Самары, кавалер многих орденов и медалей СССР и России.

[1]Статья А.Ф. Краснова перенесена в Приложение (стр. 210).

А.М. Старухин
ДОЛГИЙ ПУТЬ К ЕДИНЕНИЮ

О нем: ушами жизнь прохлопал,
Рожден в рубашке, может быть, без вод!
Спешил, где настежь дверь в Европу,
Пока не влип в девичий хоровод.

А. Старухин

Старухин Александр Михайлович *родился в 1936 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1959 году. В клиниках института с 1967 по 1984 г. Заведовал отделением анестезиологии клиник с 1969 по 1975 г.*

На преподавательской работе с 1977 по 2000 г. Кандидат медицинских наук, анестезиолог, реаниматолог высшей квалификационной категории.

Мой выбор профессии оказался случайным, но этот выбор, на удивление, был удачным и даровал удовлетворение. С первых дней работы я практиковал на базах клиник медицинского института, где всегда работали профессионалы высокого класса, и, самое главное для меня, за пределами работы – это была среда культурных людей, оставивших глубокий след в моей жизни. Я стремился подражать достойным, следовать им во всём, что заслуживало, на мой взгляд, внимания. Итогом таких устремлений стала «Одиссея А.М. Старухина», изданная Самарским ГМУ в 2004 году. После увольнения в запас я вернулся в Куйбышев. Встретил сокурсника – Г.И. Терезникова, побеседовали. Убедившись в том, что у меня нет никаких претензий на рабочие специальности, он предложил мне место анестезиолога в областной детской больнице (Красный крест). В то время на общественных началах он был нештатным главным анестезиологом Областного отдела здравоохранения. Таким образом, он определил меня по месту своего назойливого совместительства. Так я познакомился с коллективом кафедры и клиники факультетской хирургии, руководимой профессором Г.Л. Ратнером, где прошел первичную специализацию по анестезиологии и реаниматологии в последний квартал 1964 года.

Расставание с коллективом было недолгим. В апреле 1967 года я вновь вернулся в клиники института. До увольнения из больницы я прошел (в 1966 г.) специализацию в Украинском институте усовершенствования врачей в г. Харькове на кафедре и в клинике профессора А.А. Шалимова. В клиниках я работал долгих 17 лет, до 1984 г. Будучи ординатором отделения анестезиологии клиник, я защитил кандидатскую диссертацию под руководством профессоров Г.Л. Ратнера и В.А. Германова в 1973 г. и одновременно получил высшую категорию по специальности. Наиболее интересной и памятной была жизнь в дни моей специализации. Интересна она была открытостью душ, бесхитростным притязанием к жизни, своим максимализмом в спорах и беседах. Мы грезили о тех днях, когда не будет никаких ограничений ни в медицинской, ни в социальной сферах. Спустя три десятилетия такое время настало. Радикальные взгляды Г.Л. Рубановича и Э.С. Зильбермана не всегда находили поддержку коллег. Будучи на специализации в Харькове, в начале 1966 года, в «Медицинской газете» я прочитал сообщение о том, что в Куйбышеве создано Областное научное общество анестезиологов и реаниматологов. Общество возглавил самый опытный и самый авторитетный специалист Г.Л. Рубанович. Я был так увлечен своей специальностью, что на радостях телеграммой поздравил председателя общества. Настало время больших надежд и мечтаний. Многие анестезиологи стали заниматься научной работой, фрагменты своих исследований будущие кандидаты выносили на обсуждение на заседание общества. Заседание общества занимало и практических врачей. Вторым (не по порядку) председателем общества из сотрудников клиник стал А.Н. Суетин, будущий кандидат медицинских наук, продолжатель традиций Г.Л. Рубановича. Все будущие кандидаты клиник прошли этот путь – путь самоутверждения.

В статье Н.И. Чернышевой дан перечень фамилий кандидатов наук, выполнивших работу под научным руководством Г.Л. Ратнера. Но, пожалуй, первым этот список открыл В.Н. Калужских, защитив в 1959 году кандидатскую диссертацию «Материалы к обезболиванию при хирургическом лечении тиреотоксикозов» под руководством профессора С.Л. Либова. Не берусь утверждать приоритет В.Н. Калужских, так как в беседе с ним в июне 2007 года на поставленный мною вопрос он ответил: «Я не знаю, первый или не первый, – меня это не занимало». Есть косвенные данные о его приоритете в Куйбышеве. Оппонентами на защите диссертации были хирург С.П. Шиловцев, зав. кафедрой пропедевтической

хирургии и патофизиолог Г.К. Васильева, доцент кафедры. Десятилетие спустя, в 1969 году, эта тема нашла свое продолжение в работе Э.С. Зильбермана «Выбор средств и метода наркоза в хирургии тиреотоксического зоба». Одним из оппонентов на защите был Э.К. Николаев, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Свердловского медицинского института. В дальнейшем, защита шла по индексу специальности.

Отделение анестезиологии клиник

Я стал третьим штатным анестезиологом отделения, в котором уже работали Г.И. Терезников – зав. отделением и Николай Яковлевич Пантин. Несколько слов о Пантине: участник Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., был в плену, и отпечаток этого времени (его вспыльчивость) мы постоянно испытывали на себе. По сути своей он оставался общительным и открытым человеком. По его признанию: «Первый год я ходил по коридору приемника хирургического корпуса и «пинал» воздух. Этому были конкретные причины: во-первых, недоверие руководителей подразделений врачам отделения и, во-вторых, недостаточная информация о задачах вновь созданного отделения».

История организации отделения анестезиологии не лишена закулисных интриг, на что намекает Рубанович в главе «Письмо из Минска». Я могу подтвердить слова Григория Лазаревича. Как-то в беседе с Терезниковым я услышал откровенный разговор или признание о разделении службы анестезиологии между Рубановичем и Терезниковым. В клиническом плане Терезников не мог заменить Рубановича в клинике профессора Ратнера. Потому и было принято «соломоново» решение. Приказом главного врача клиник Э.С. Ахметзяновой № 89 от 27 сентября 1963 года открыто отделение анестезиологии. Содержание приказа приводится в приложении. Хочется сказать: на том и порешили.

С этого приказа начинаются все беды и неурядицы в организации анестезиолого-реанимационной службы клиник. Сотрудников отделения или отделений такая двойственность толкования приказа не коснулась и не отразилась на их повседневной работе, но вновь рожденное «дитя» с первого же вдоха начало хиреть и еще долгие годы не оправится от «неведомой» болезни, имя которой «амбициозный эгоизм». Но об этом потом. Создавалось самостоятельное отделение анестезиологии или отде-

ление реанимации (послеоперационное), планировалось поставить на собственные ноги. Однако оставался открытым на долгие годы вопрос: объединить функции анестезии и реанимации или оставить все так, как есть, с перспективой последующего выбора структурного подразделения, согласуясь с приказом МЗ СССР. В каждой хирургической клинике были свои анестезиологи, согласно коечному фонду, и заведующий каждой клиники отстаивал свои интересы.

Отделение анестезиологии базировалось в хирургическом приемнике и в определенной степени оставалось в тени, за гранью работы хирургических клиник (факультетской, госпитальной, пропедевтической и ларингооторинологии). Работа в таком отделении многих не устраивала, и был постоянный отток сотрудников. В 1967-1975 гг. я оставался единственным постоянным сотрудником отделения. Помимо ранее названных лиц, в отделении работали И.В. Кравчинский, Ю.И. Кутин, Н.В. Буланова (Дьдзюль), А.В. Дыдзюль, И.А. Куропаткин, Э.С. Манелис, и множество совместителей: Ю.П. Балуев, Ю.Н. Салматов, Э.С. Зильберман, М.Н. Елисеев, А.С. Дильдин, Г.Л. Рубанович, В.П. Болонкин, В.М. Зотов и по совместительству несколько женщин-анестезиологов клиники факультетской хирургии. Заведовать отделением и работать в нём означало быть «героем безгеройного времени». Более того, для некоторых это отделение стало временной тихой гаванью во время административного «шторма» – для А.Е. Шварца, А.С. Дильдина, а впоследствии для Рубановича и Зильбермана.

Отделением последовательно заведовали Г.И. Терезников (1963-1968), А.М. Старухин (1968-1975), Э.С. Зильберман (1975-1976), Ю.П. Балуев (1976-1985), В.Н. Харламов (1985-1990), Н.И. Чернышева (1990-2006), а с 2006 года (после объединения всех анестезиологов) единым общеклиническим отделением заведует сотрудник кафедры анестезиологии С.А. Пряников. Это большой срок, за который утрачены передовые позиции анестезиологии клиник университета, поблек авторитет анестезиологов в глазах коллег других лечебных учреждений, а отсутствие единой концепции на анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств пагубно отразилось на качестве специализированной помощи. Однако время организационного хаоса кончилось: существует два самостоятельных отделения – отделение анестезиологии без палат интенсивного наблюдения и отделение реанимации и интенсивной терапии, укомплектованные в соответствии с приказом Минздрава РФ.

Считаю уместным повторить суждения Г.Л. Рубановича об организации единой анестезиологической службы клиник университета. Его высказывания очень важны для последующего становления и развития анестезиологии клиник, и, как показала жизнь, не только клиник. В намерении Г.Л. Рубановича я усматриваю аллегорический эквивалент постулата философии «что является началом начал». Анестезиологическая служба пошла по пути, который был ей уготовлен в кабинетах. А мог быть иной, более перспективный путь!

Но вернемся ко времени создания отделения. В его работу входило оказание анестезиологической помощи в экстренной хирургии по всем клиникам, плановые анестезии в ЛОР-клинике и пропедевтической терапии при электроимпульсной терапии аритмий у больных с ревматическим поражением сердца. Кроме того, в задачи отделения входили реанимационные мероприятия и интенсивная терапия больным терапевтического профиля за исключением клиники факультетской хирургии.

Анестезиологам приходилось выдерживать пренебрежительное и высокомерное отношение коллег из других хирургических клиник, с покровительством в лице заведующих кафедрами, а само отделение продолжало жить жизнью нереализованных возможностей. Почему так? – это вопрос другого плана. Стремление к размежеванию анестезиологов, в целом, наносило непоправимые последствия, что получило подтверждение в наше время.

В отчете за 1963 год Г.И. Терезников дает сводные данные по анестезии по всем клиникам хирургического профиля, указывает на выделение дополнительной должности анестезиолога отделению грудной хирургии согласно приказу Минздрава СССР, на ограниченную поставку баллонов с закисью азота для отделения сердечной хирургии, бедственное положение с сестрами-анестезистами, без которых повсеместное внедрение в практику эндотрахеального способа наркоза было немыслимо. Имело место зачисление на должность сестер лиц без медицинского образования, вчерашних десятиклассниц. Надо отдать должное их исполнительской дисциплине и энтузиазму. Не знаю, на каком уровне решался этот вопрос, но факт имел место: так, у Г.Л. Рубановича в клинике факультетской хирургии и у Г.И. Терезникова в отделении анестезиологии клиник работали лица без медицинского образования: Зоя Розанова, Жанна Лернер, Светлана Кравченко и другие. Вот что рассказывает Светлана Васильевна Кравченко (август 2008 г.).

«Когда я беседовала с Терезниковым и открылась, что я не медсестра, то он спокойно сказал: «Это даже лучше. Я из тебя сделаю сестру, какую надо». Вскоре открыли при клиниках института двухгодичные курсы медицинских сестер по линии РОКК (Российского общества Красного Креста), которые окончили сестры без медицинского образования.

Хочу с благодарностью вспомнить анестезистов того времени, с которыми мне пришлось работать. Конечно, не всех, а только тех, кто сохранился в памяти за эти долгие годы. Многие из них закончили институт, плодотворно работают врачами различных специальностей: Н.Б. Резепова, С.И. Елизарова, И.Т. Кузина, З.В. Розанова, Ж.Б. Лернер, Н.Н. Гайнетдинова, Р.С. Подвигина, И. Базулина, Ф.П. Мавлютова, И.В. Янчевская, Л.В. Рыжкова, Л.А. Ермакова, О.Н. Калинкина, Н.С. Добина, И.В. Сосновцева, О. Сорокина, другие успешно работали анестезистами: С.В. Кравченко, Н. Кузина, Л.С. Елисеева, М.И. Калинина, Л.А. Леонтьева, Л. Бусыгина, Ю. Зимукова, М. Бурлакова и многие, многие другие.

Сама атмосфера нацеливала молодежь на продолжение учебы и получение высшего образования. Верные своим идеалам, продолжили свою профессиональную карьеру анестезиолога и реаниматолога Розанова (Уланова) Зоя Валентиновна, Янчевская (Сошнина) Ия Витольдовна, Мавлютова Фарида Пешаховна, Рыжкова Любовь Васильевна, Сосновцева Ирина Викторовна, Лернер (Борковская) Жанна Борисовна.

Штаты и кадры

Штаты выделялись согласно коечному фонду, точнее, профилю коек клиники. Согласно отчету отделения анестезиологии клиник за 1963 год количество развернутых коек хирургического профиля было следующее:

клиника пропедевтической хирургии – 85;

клиника ЛОР-болезней……..–65;

клиника факультетской хирургии…..– 150;

клиника госпитальной хирургии…….–185.

Клиники укомплектовывались согласно штатному расписанию по действующим приказам МЗ СССР – №169 от 9 апреля 1960 г., № 287 от 14 апреля 1966 г., № 605 от 18 августа 1969 года, № 501 от 27 июля 1970 г., № 1188 от 29 декабря 1975 г.

Согласно приказу № 89 главного врача клиник от 27 сентября 1963 г. при клиниках создано анестезиологическое отделение со службой реанимации со следующим штатным расписанием:

врачей ..... –11;
заведующий отделением.. – 1;
анестезиологов. ....– 6;
врачей по оживлению……– 4;
анестезистов……..– 12;
сестер реанимации ....– 4;
старшая сестра……– 1.

Кадры для клиники согласовывались с заведующими клиниками, главным врачом клиник института и его заместителем по лечебной части. Для клиники факультетской хирургии анестезиологов подбирал Г.Л. Рубанович (возможно, согласовывая с профессором Г.Л. Ратнером). Не было подготовленных анестезиологов – тут не до капризов! Самым устойчивым оказался кадровый состав анестезиологов клиники факультетской хирургии. И этот вопрос нашел отражение в отчете за 1963 год: на базе клиник прошли первичную специализацию по анестезиологии 12 врачей и 44 анестезистки из других лечебных учреждений. В отчетах отделения анестезиологии клиник и кафедры факультетской хирургии ежегодно указывается число первично специализирующихся врачей и медицинских сестер по анестезиологии и реанимации.

(Кадровый состав клиник за все десятилетия см. в Приложении).

Я склоняю голову перед коллегами, трагически или рано ушедшими из жизни. Это А.И. Скитер, Л.П. Коробков, Ю.Н. Салматов, О.Т. Храмов, Г.И. Терезников, В.К. Филатов, Н.В. Буланова (Дыдзюль), А.В. Дыдзюль, М.М. Идрисов.

Оснащение клиник аппаратами для ингаляционного наркоза и искусственной вентиляции легких

Какими аппаратами обеспечивались клиники хирургического профиля в период 1964-1984 гг.? Аппараты для ингаляционного наркоза были представлены двумя типами испарителя. Первый тип испарителя – простой, формирующий газонаркотическую смесь по принципу «больше-меньше», истинная концентрация наркотического средства была неизвестна. Такими аппаратами были «Красногвардеец», «Уна-1», «Унап-2». В них предусматривались испарители для эфира и фторотана, блок дозиметров для газов (кислорода, закиси азота и циклопропана). Для искус-

ственной вентиляции легких был мех и мешок. «Унап-2» имел горизонтальную панель с кранами для испарителя, переключателями дыхательного контура и клапанными устройствами.

С внедрением в клиническую практику фторотана (наркотана) возросла потребность в испарителях. Интересно, что, если анестезистка забывала слить фторотан, на следующий день стекло «намертво» приклеивалось к резиновой прокладке испарителя. Каждая попытка вывернуть стакан заканчивалась выкрашиванием края, для этой цели в дальнейшем приходилось использовать банки из-под майонеза. В последующих моделях на блоке дозиметров оставлены две ротаметрические трубки для кислорода и закиси азота.

Второй тип испарителя в наркозных аппаратах – на основе испарителя для ингаляционного наркоза типа «ЭМО» (Эпштейн, Макинтош, Оксфорд). В каждой клинике было по одной единице «ЭМО».

Дыхание самостоятельное, по открытому контуру. Внедрение в практику испарителя аппарата «ЭМО» ознаменовало практически новую эру в обезболивании. Он формировал эфирно-воздушную смесь в объемных процентах и передозировка эфира как осложнение исключалась полностью. На основе испарителя эфира «ЭМО» в клиниках были аппараты «Ан-4», «Ан-7», «Наркон», «Наркон-П», «Полинаркон». Аппараты этого класса имеют удобную конструкцию и безопасны в эксплуатации.

Какие наркотические средства использовались в клиниках? Ингаляционные – эфир, закись азота, циклопропан или комбинация закиси азота с первым или третьим средством. Из неингаляционных – барбитураты (гексенал, тиопентал натрия), виадрил, сомбревин, новокаин (в 1% растворе). В клинической практике страны широко использовался внутривенный алкогольный наркоз, но я не помню, чтобы его использовали анестезиологи клиник. Внедрение испарителя, формирующего наркотическое средство в объемных процентах, побудило Т.М. Дарбиняна реабилитировать хлороформ, но его усилия не нашли отклик в сердцах анестезиологов.

Аппараты для ручной вентиляции легких названы ранее. Для автоматической вентиляции использованы аппараты типа «РО-2», «РО-5», «РО-6» с переключением фаз дыхательного цикла по заданному объему. Кроме того, переключающие «вдох/выдох» по частоте – «Лада-МТ» и «Пневмат-1». Приспособления прессо-циклического типа «ДП-1», «ДП-2» широкого

применения не нашли. В клинике профессора Г.Л. Ратнера был еще аппарат для автоматической вентиляции легких «Энгстрем», но он имел испаритель простого капельного типа.

Из времени освоения анестезиологии в памяти сохранились схемы премедикации больных, которыми пользовался Г.И. Терезников. Они составлены из сочетания атропина, аминазина, омнопона, морфина, димедрола, дипразина в самых различных вариантах и дозах. На стене, перед столом палатной сестры, были приклеены листы: схема 1, схема 2, схема 3. В премедикацию включали снотворные средства (люминал, барбамил, этаминал натрия).

Удивительно, но в шкафу палатной сестры хранился в коробках промедол, а шкафы не запирались. С позиции сегодняшнего дня это может показаться невероятным, но так было!

Сейчас анестезиологу трудно представить себе подобное нагромождение мощных средств для премедикации. Но нельзя не учитывать гого факта, что еще не была сформулирована четкая концепция анестезиологического обеспечения. Классическая же премедикация проводилась на ночь, накануне операции, в 6 часов утра и за 30-40 минут до подачи больного в операционную.

Учёт и отчетность

Первоначально главный врач клиник Э.С. Ахметзянова проявляла должный интерес к работе нового отделения. Терезников как заведующий отделением, в годовых отчетах отражал главное: штатные нормативы медицинского персонала, неукомплектованность кадрами, обеспечение наркотическими средствами, аппаратурой. Представлялась развернутая картина по обезболиванию и реанимации.

Интересно отметить динамику преобладания общего обезболивания над местной анестезией, стремительный рост эндотрахеального способа анестезии в общей структуре обезболивания. Приведу несколько цифр. По сводным данным клиник, в 1963 году было выполнено 4732 операции, в том числе под местной анестезией – 2899 (61,9%), под общим обезболиванием – 1823 (38,1), из них только 18% приходилось на эндотрахеальный способ обезболивания.

Качество обезболивания оперативных вмешательств у больных в дежурное время снижалось из-за отсутствия сестер-анестезистов, а главное, из-за недостатка врачей-анестезиологов, а также затруднялось ведение анестезиологической документации.

Даже спустя десять лет, в отчете за 1973 год, удельный вес вмешательств с применением местной анестезии продолжает оставаться высоким (62,1%), а общего обезболивания – прежним (37,9%). Но были отрадные сдвиги внутри структуры общего обезболивания. Так, эндотрахеальный способ обезболивания вырос до 83,8%, по клиникам факультетской и госпитальной хирургии достиг 93,5%.

В годовых отчетах находила отражение работа кафедры факультетской хирургии по первичной специализации врачей и сестер по анестезиологии и реанимации.

Вопросы переливания крови находились под пристальным вниманием заведующего отделением. Пункт переливания крови работал только в дневное время, поэтому при кровотечениях дежурный анестезиолог при гемотрансфузии руководствовался принципом «универсальный донор – универсальный реципиент». В отчете указывалось на незамедлительную организацию серологической диагностики реципиента. Тем более что практика повторных гемотрансфузий в клинике госпитальной терапии приводила к иммунизации гематологических больных. В связи с этим 32 врача прошли инструктаж по переливанию крови по шестичасовой программе.

На джентльменских началах, вплоть до 1970 года, приходилось пользоваться услугами областной станции переливания крови в получении антирезусной сыворотки для определения резус-принадлежности больных, оперированных в экстренном порядке, так как работа пункта переливания крови клиник заканчивалась в 15 часов.

По отчету, в 1963 году, гемотрансфузией был охвачен 1651 больной, а в 1973 году в ночное время экспресс-метод по определению резус-принадлежности использован у 64 больных. Лишь только в 1973 году заведующим анестезиологическим отделением клиник на имя главного врача был написан рапорт, благодаря чему функции по определению резус-принадлежности отошли клинической лаборатории.

Анализ годовых отчетов за 1973, 1983, 1993 и 2003 годы свидетельствует о господстве новой концепции в трансфузиологии как способе восполнения объема циркулирующей крови, об изменении путей доставки растворов в организм больного методом катетеризации центральных вен, увеличении в структуре обезболивания местной анестезии. Но это уже иной подход к местной анестезии на основе совершенства катетерной техники, применения эффективных местноанестезирующих средств. Кроме того, прослеживается тенденция перехода на самостоятельное дыхание у боль-

ных во время анестезии оперативных вмешательств.

Подтверждением сказанному будут следующие данные. Катетеризация центральных вен за десятилетие, к 2008 году, возросла и уже каждому десятому больному выполняется эта манипуляция, как более надёжный способ проведения инфузионно-трансфузионной терапии. О возросшей необходимости в гемотрансфузии свидетельствует четырёхкратное увеличение эпизодов определения резус-принадлежности крови методом экспресс-диагностики в экстренной анестезиологии.

И последнее, но самое главное. Отделение анестезиологии клиник – это высококвалифицированное подразделение, в котором работают два кандидата медицинских наук, шесть врачей высшей категории, а из 19 сестер-анестезистов 11 имеют высшую категорию.

Отделением анестезиологии и интенсивной терапии клиники травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (заведующий кафедрой и клиникой профессор А.Ф. Краснов) заведовал Н.С. Пичеев. Как только он уходил в отпуск, у меня раздавался звонок главного врача клиник Ахметзяновой: «Александр Михайлович, звонил Александр Федорович и просил выделить анестезиолога. Ты понимаешь, какой уровень я должна обеспечить?». Я шел в клинику отдельно стоящего корпуса, поднимался на последний этаж. Профессор Краснов ставил передо мной задачу чётко, как истинный военный, потом, умолкнув, пристально всматривался в меня и неожиданно спрашивал: «А вы умеете давать наркоз?» Такой поворот в беседе меня нисколько не смущал, и внутренне я не воспринимал его как обиду. Даже наоборот, уровень своего профессионального мастерства он считал предельно исчерпывающим и требовал того же от своих сотрудников.

В то время я заведовал отделением анестезиологии клиник и по долгу службы встречался с сотрудниками клиник – от заведующих до санитарок. Организационные вопросы старался не доводить до конфликта, а наиболее важные согласовывал с Ахметзяновой. Чаще всего трения возникали при гемотрансфузии во время экстренных дежурств, когда заканчивалась работа пункта переливания крови. Я обратился к главному врачу с рапортом и предложил свой вариант решения вопроса (рапорт прилагается, стр. 216).

При гемотрансфузиях в экстренной анестезиологии мы исповедовали принцип: «Универсальный донор – универсальный реципиент». До реше-

ния этого вопроса я получал в областной станции переливания крови несколько ампул антирезусной сыворотки. Таким образом дежурный анестезиолог выходил из положения. Позднее определение резус-принадлежности было возложено на лабораторную службу, представленную дежурным лаборантом.

В сентябре 1975 года я перешел в клинику А.Ф. Краснова ординатором отделения анестезиологии. Клиника оказывала специализированную помощь детям с врожденной аномалией развития (из Самарской и смежных с ней областей). Работа проводилась в полуподвальном помещении без вентиляции, с высоким содержанием в воздухе фторотана, азеотропной смеси и закиси азота. Обезболивание манипуляций проводили масочным способом с предварительной премедикацией пациентов. К работе привлекали слушателей 6 курса военно-медицинского факультета.

Проведение наркозов в клинике лор-болезней входило в обязанности отделения анестезиологии, так как было выделено 0,5 ставки для сотрудника. Объем анестезиологического пособия включал вмешательства по поводу острого гнойного мастоидита, рака гортани, тонзиллэктомий у детей, трахеостомий (у интубированного больного), диагностических бронхоскопий и других манипуляций.

На раннем этапе методика анестезии у больных с опухолью гортани была двухэтапная. Первый этап – оротрахеальная интубация больного, выполнение трахеостомии с переходом на трахеальную интубацию. Однажды, визируя мою статью для публикации, заведующий клиникой академик И.Б. Солдатов указал на ошибочность подобной методики. Впоследствии мы изменили методику – больным выполняли трахеостомию на операционном столе перед вмешательством, а при остром стенозе гортани с выраженной дыхательной недостаточностью трахеостомия накладывалась сразу же при поступлении больного в клинику, и через стому анестезиолог проводил эндотрахеальную трубку для вентиляции легких при операции.

Слуховосстанавливающие операции Солдатов выполнял в условиях «сухого поля», так как для трансплантации протезов слуховых косточек необходимы только такие условия. Ганглионарная блокада с гипотонией стала темой кандидатской диссертации И.В. Шапиро. В ряде случаев и мне приходилось работать с И.Б. Солдатовым.

Памятны операционные дни, когда за одним операционным столом работала бригада в составе будущего профессора Ю.А. Лоцманова и орди-

натора клиники В.В. Евдокимова. Операционная наполнялась звуками песен и романсов – пример слаженной работы и душевного покоя, достойный подражания.

С переходом в клинику А.Ф. Краснова, я продолжал применять циклопропан в сочетании с закисью азота. Интересна неожиданная концовка использования циклопропана. Как-то, исполняя обязанности заведующего отделением, я подписал заявку на три двухлитровых баллона циклопропана. Заявка была исполнена, но вскоре позвонил заместитель главного врача по лечебной работе А.И. Сандрюков и недовольным тоном произнес, чтобы я больше не выписывал это средство, так как оно «съело» львиную долю средств, отпущенных для больных терапевтического профиля. Циклопропан стал достоянием истории анестезиологии. Вскоре из арсенала наркотических средств были исключены новокаин, виадрил, а затем и сомбревин. В практике еще использовался эфир, но не в чистом виде, а в смеси с фторотаном, в виде так называемой азеотропной смеси. Осваивая анестезиологию в 1964 году, я уже не знал хлороформа.

Анестезиологи и реаниматологи пользуются некоторыми профессиональными льготами, в частности: 15% – надбавка за вредность, 30-дневный оплачиваемый отпуск и бесплатная выдача 0,5 л молока в день работы. Хочу остановиться на том, как решался вопрос на третью льготу, сославшись на «Циркулярное письмо МЗ СССР W 02-14/59 от 4.12.1969 года», документ, регламентирующий порядок выдачи бесплатного молока.

С выходом «Циркулярного письма» предстояло решить ряд формальностей по воплощению в жизнь этого положения в таких инстанциях, как Обком союза медицинских работников, Областной совет профсоюзов. Выписка из постановления Совмина СССР и ЦК профсоюзов «Перечень вредных веществ, с которыми контактируют работники производства и приравненные к ним работники других отраслей, дающих право на бесплатное получение молока» представляется в отдел кадров клиник, а также список врачей и анестезистов анестезиолого-реанимационной службы для утверждения главным врачом. Это была долгая и утомительная ходьба по замкнутому кругу. Когда вопрос, казалось бы, фактически был решен, неожиданно стал возражать главный бухгалтер клиник. Свою позицию он аргументировал, ссылаясь на положение «Письма», что обязательный контакт персонала во время работы с вредным наркотическим ингаляционным средством в условиях операционной должен составлять

50% рабочего времени. Однако, после долгого противостояния, все же удалось убедить главного бухгалтера в несостоятельности его позиции, и вопрос был решен в пользу сотрудников нашей службы.

Вот два коротких эпизода из рабочих будней анестезиолога. Вместо аппарата «УНАП-2», с простым типом испарителей для эфира и фторотана, медицинская промышленность выпускает аппараты типа «Наркон» (с дозирующим устройством жидких средств в объемных процентах, но с одной несущественной особенностью – изменением положения игольчатых вентилей для газов). Работая на новом аппарате и наблюдая за ходом операции, анестезиолог слышит реплику: «Кровь тёмная». Механически, не глядя на блок дозиметров, увеличивает подачу кислорода и выясняет причину изменившегося состояния больного: проводит аускультацию легких и сердца, контроль герметичности дыхательного контура и приглашает коллегу из соседнего операционного зала. Тот внимательно смотрит на блок дозиметров и кивком головы указывает на большой газоток закиси азота. Эпизод не имел последствий. Такова сила стереотипа! Но непонятна идея инженера с переменой положения вентилей для газов!

Другой эпизод: больные с язвенной болезнью были тематическими и операции проходили с моим участием как анестезиолога. Как-то, после консультации, профессор Ратнер перевел в клинику из другого лечебного учреждения больного с опухолевидным образованием в животе после операции по поводу рака желудка (анамнестические данные и состояние больного). Применен эндотрахеальный способ эфирно-кислородного наркоза с ручной вентиляцией легких, контроль глубины наркоза – по клиническим признакам. Долгая реконструктивная операция, по окончании которой Ратнер произнёс: «Проведите желудочный зонд». Я выполнил эту манипуляцию. Сверкая стеклами очков, Ратнер в недоумении продолжает смотреть на меня. Я повторил, что зонд в желудке. В этот момент произошло то, чего никто не ожидал. Сквозь швы анастомоза, словно кобра, выскакивает конец зонда. Наступила немая сцена, операция продолжилась, а контроль глубины наркоза усложнился.

На следующее утро я иду в палату к больному и встречаю после утреннего обхода Рубановича. «Александр Михайлович, я не советую вам подходить к больному, он настроен против вас, так как слышал разговоры в операционной». Я считаю этот эпизод погрешностью в методике наркоза, в отличие от тенденции поверхностной анестезии в наши дни.

Раздел «Обезболивание» был предусмотрен в программе пропедевтической хирургии и читался на 3-м курсе доцентом Давидом Павловичем Мергольдом, впоследствии его читал Лев Борисович Голуб.

В нашем институте я не знаю какой-либо другой специальности, кроме анестезиологии и реаниматологии, вокруг которой было бы столько интриг, для большей ясности сошлюсь на приказ № 605 от 18.08.1969 года МЗ СССР Б.В. Петровского, в котором указывалось: «...представить в пятимесячный срок предложения о реорганизации доцентских курсов по анестезиологии в наиболее крупных медицинских институтах в кафедры анестезиологии и реаниматологии».

Можно представить, с каким облегчением вздохнул проректор по учебно-воспитательной работе, и о каких предложениях по реорганизации доцентского курса могла идти речь, если такового не было.

Я неслучайно употребил термин «идейный». В то время я был ординатором отделения анестезиологии клиник. Однажды, мне случайно пришлось быть свидетелем комсомольского собрания, на котором осудили антисоветскую позицию некоего студента и исключили его из членов ВЛКСМ. Видимо, это была последняя публичная расправа с инакомыслием.

Следующий приказ МЗ СССР № 969 от 6 декабря 1973 г. за подписью Б.В. Петровского «Об организации кафедр анестезиологии и реаниматологии в медицинских вузах страны» предусматривал организацию таких кафедр во всех медицинских институтах в течение 1974-1975 гг. И этот приказ сложно комментировать...

«Наш институт – первой категории», – постоянно подчеркивал в своих выступлениях ректор А.Ф. Краснов. Мифический доцентский курс по отчету существовал, но доцента не было. Формально назначенный старшим А.Н. Суетин не имел доцентского звания и не получил его за все годы преподавания.

Тернистый путь становления анестезиологии и реаниматологии самостоятельной дисциплиной я освещаю по рабочим и бытовым разговорам. Теперь уже не имеет значения точность в формулировании моих утверждений.

В 1970 году со мной поделились секретом друзья В.В. Мизеровского. Оказывается, Валериан Владимирович всё лето готовил лекции к новому учебному году. Мизеровский в ту пору был нештатным главным анестезиологом областного отдела здравоохранения как анестезиолог обла-

стной клинической больницы им. М.И. Калинина. Но каково было мое удивление, когда я узнал, что заведующий отделением клиник Г.И. Терезников перешел в штат медицинского института и стал преподавать анестезиологию и реаниматологию на базе клиники госпитальной хирургии.

Могу быть неточным, на базе клиники факультетской хирургии реаниматологию вел Г.Л. Рубанович, а после его отъезда – А.Н. Суетин (с 1971 года). На той же базе А.Н. Суетин занимался с субординаторами (терапевтами) по программе госпитальной терапии и одновременно считался куратором (консультантом) отделения реанимации клиник. Субординаторам-хирургам цикл преподавал Г.И. Терезников. Без видимых причин Г.И. Терезников оставил работу, и с 1 марта 1974 г. цикл анестезиологии вел кандидат медицинских наук М.Н. Елисеев, доцентский курс был необходим как координирующее звено в педагогическом процессе, в котором разобщенно, не ведая друг о друге, преподавали Т.В. Смирнова (кафедра детской хирургии, заведующий – доцент Ю.А. Перов), Н.С. Пичеев и А.М. Старухин (кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, заведующий – профессор А.Ф. Краснов), В.К. Филатов (кафедра хирургической стоматологии, заведующий – профессор М.А. Макиенко) и два вышеназванных преподавателя – А.Н. Суетин и М.Н. Елисеев.

Стремление открыть кафедру анестезиологии и реаниматологии не увенчалось успехом, не удалось разорвать этот многострадальный, заколдованный круг. Вот что описывает профессор Г.Л. Ратнер в книге «Моя профессия-хирург, заведующий кафедрой», изданной в 1995 году. Привожу выдержку, относящуюся к процедуре голосования. Поясню, что на вновь организующуюся клиническую кафедру претендентом М. был доктор медицинских наук Эммануил Соломонович Манелис, а претендентом Т. – доктор медицинских наук Лев Александрович Труфанов.

«..Совсем недавний пример. На вновь организующуюся клиническую кафедру претендуют двое, оба – доктора медицинских наук. Один – М., практический опытный врач, несколько лет заведовавший очень ответственным отделением в больнице, являющейся базой одной из кафедр университета. Опыта преподавания, правда, он не имел, но неоднократно успешно читал лекции для студентов, субординаторов и практических врачей. Второй – Т, также в основном практический врач, ординатор, но периодически привлекавшийся к проведению практических занятий со

студентами. Однако человек совершенно неорганизованный, великий путаник, докторская диссертация его не отвечала никаким требованиям ВАКа, и непонятно, как она могла пройти, так как никакого логического смысла в ней не было. Комиссия, прослушавшая лекции, хотя достаточно хорошо знавшая о других качествах претендентов, очень осторожно указала на некоторые преимущества лекций первого претендента по культуре и ораторскому мастерству. Ученый совет у нас сейчас большой, свыше 100 человек. При этом в него привлечены главные врачи клинических больниц, крупные организаторы здравоохранения и другие люди, совершенно не знающие претендентов. Когда же один из авторитетных членов совета начал выступать против первого претендента, как не имеющего педагогического опыта, я, честно говоря, пришел в ужас. Меня привело в такое состояние не то, что не выберут М., являющегося моим учеником, а то, что могут выбрать Т., человека «без царя в голове». Я же выступить против Т. по указанной этической причине не мог. Слава богу, Т. не выбрали, а при сложившейся ситуации могли ведь и избрать. Многие члены ученого совета обращались к ректору с вопросом, кого же поддерживает ректорат, но, естественно, не могли получить руководящих указаний, поскольку конкурсная комиссия ныне отменена».

Третья попытка объединения преподавателей цикла анестезиологии и реаниматологии завершилась организацией кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи в 2004 году, но это кафедра не учебная, а института последипломного образования.

Прошло долгих 30 лет с момента приказа Б.В. Петровского. *Самарская анестезиология и реаниматология утратила передовые позиции, а поколение анестезиологов и реаниматологов в своей работе руководствовалось лишь собственным энтузиазмом и интуицией.* Специализируясь или совершенствуясь в разных институтах страны, они привозили фрагменты концепции общей анестезии, реанимации и интенсивной терапии. Но требовалось своя, Куйбышевская школа!

Кулуарные разговоры свидетельствовали о том, что ректор А.Ф. Краснов делал ставку на своего ученика Н.С. Пичеева. Но у Николая Сергеевича были свои планы и претензии к жизни. Может быть поэтому на апробации кандидатской диссертации Н.С. Пичеева научный руководитель с неудовольствием заметил: «Николай Сергеевич, так долго писать нельзя... одиннадцать лет – большой срок!»

Я изложил историю преподавания обезболивания в институте в свободном ключе, без знания и без претензий на знание деталей прошлых событий. Да этого и не нужно было! Ранее я писал о том, что дефицит кадров в отделении анестезиологии клиник вынуждал заведующего снисходительно относиться к случайным попутчикам-совместителям. Нет надобности объяснять, почему. Но совмещали и серьезные врачи, такую характеристику подтверждает их дальнейший профессиональный рост. Так, в числе совместителей были будущие профессора, заведующие другими кафедрами В.П. Болонкин, В.М. Зотова, а А.С. Дильдин стал доктором медицинских наук, профессором. Значит, при должной заинтересованности не было проблем подготовки будущих заведующих кафедрой анестезиологии и реаниматологии. Но только при должной заинтересованности!

А.И. Цибик
ИЗ СТУДЕНЧЕСКИХ ЛЕТ

***Цибик Анатолий Иванович (1937-2012** гг.) окончил Куйбышевский медицинский институт в 1960 году. Хирург высшей категории. Кандидат медицинских наук. Доцент кафедры военно-полевой хирургии. Автор нескольких монографий и ряда статей.*

Через прошедшее время припоминаются только необыкновенные события, которые не связаны логической цепью друг с другом, а происходящее вокруг них прячется в сумерках памяти.

В 1954 году я поступил в Куйбышевский медицинский институт. В это время (1953 – 1954 гг.) в Куйбышеве стала зарождаться анестезиология, стало появляться оборудование (наркозный аппарат «Красногвардеец», ларингоскопы, кислородные баллоны и т. д.). На роль первооткрывателя анестезиологии выдвигался профессор С.Л. Либов. И мне кажется, это действительно так: он организовал коллектив, занимавшийся широким кругом вопросов анестезиологии (интубационный наркоз, гипотермия, реанимация и т. д.), способствовал ее возникновению как науки, начал профессиональное обучение персонала, создал отделение интенсивной терапии,

Первое впечатление от анестезиологии у меня сохранилось в связи с тем, что мне на третьем курсе доверили давать наркоз маской Садовенко-Омбредана. Наш преподаватель, М.И. Петухов, был ассистентом кафедры пропедевтической хирургии и занимался урологией. На операцию был запланирован больной лет 45 с камнем в мочеточнике. Больной был рыхлый, толстоватый, высокий. М.И. Петухов, не вдаваясь в детали устройства маски и клинической картины наркоза, просто попросил меня дать наркоз больному, который уже лежал на боку на операционном столе и был подготовлен к оперативному вмешательству.

Я еще не знал, что больного заранее, перед наркозом, должен был осмотреть врач, его должны были ознакомить с планом оперативного вмешательства, сделать премедикацию и т. д. Я уже в то время был довольно любопытным, кое-что читал, что-то видел в клинике Либова, хотя там такие маски уже не применяли. Я отвинтил крышку маски и влил два

флакона эфира, прижал маску к лицу пациента, открыл испаритель, выдвинул нижнюю челюсть больного. Наркоз проходил нормально, если судить по «машинному» дыханию и удовлетворительной характеристике пульса. Ни разу не было измерено артериальное давление, не сосчитано число дыхательных движений и т. д. Операция сопровождалась техническими сложностями, затянулась до четырех часов, дело дошло до того, что пригласили профессора С.П. Шиловцева, который нашел и удалил злополучный камень. Под конец операции больной был слегка цианичен, и лицо его стало пастозным. Я тогда не понимал, чем всё могло кончиться, если бы операция еще продлилась. Мне выразили благодарность, что я освободил санитарок для более важного дела – мытья полов, инструментов и т. д.

Так я познакомился с принципами обезболивания той эпохи, которая заканчивалась, но не сразу, не вдруг, а не торопясь, потому что в России не везде были кадры, оборудование, медикаменты, а главное, инициативные люди, которые взяли бы на себя освоение новой специальности.

Следующий эпизод сохранился в моей памяти своей экзотичностью. На третьем этаже хирургического корпуса клинической больницы располагалась лор-клиника, которой руководил профессор Луков. Сотрудники этой кафедры под местной анестезией через рот вводили интубационную трубку в трахею под контролем гортанного зеркальца. Больные самостоятельно, порой без сопровождающих, спускались на второй этаж, придерживая интубационную трубку рукой. Затем в операционной их укладывали на стол, подсоединяли трубку к наркозному аппарату и начинали давать наркоз. Нередко от характера человека, проводившего обезболивание, зависела степень плавности, постепенности погружения в наркоз. Одни вводили в наркоз медленно, и у них период возбуждения проходил с буйством, связыванием по рукам и ногам больного, с выраженной саливацией. Другие сразу ставили дозиметр эфирницы на максимальные цифры. Больной быстро проходил стадию возбуждения и получал необходимый уровень наркоза. Я не видел серьезных осложнений, но борьба с этой методикой была нещадной. Введение интубационной трубки под местной анестезией стали делать после того, как попытки заинтубировать больного под эфирным наркозом без релаксантов заканчивались повреждением резцов и, даже, говорят, другими травмами. Беда была в том, что релаксантов практически не было, Либов выдавал по ампуле миорелаксина лишь на интубацию тяжелых больных. Всех остальных масочным эфирным наркозом дово дили до третьего уровня

третьей стадии наркоза и интубировали, и эта процедура была трудной и опасной.

Следующая вспышка воспоминаний связана с первыми попытками гипотермии. Это было необходимо Либову, который оперировал детей на сердце при врожденных пороках. У ребенка трахеостомия была редкой операцией и осуществлялась лор-врачами. Для производства трахеостомии был привлечен профессор Луков, который пришел с двумя ассистентками – рослыми, необыкновенно красивыми и стройными дамами. Самое удивительное, что операция продолжалась более трех часов. В ходе операции Луков объяснял показания к операции (инородные тела, редко, дифтерия и т. д.), анатомию и технику операции. *Мне почему-то казалось, что профессор в основном демонстрирует своих красавиц, которые ассистировали с распущенными волосами. Он был известным щеголем, вся кафедра состояла почти исключительно из очень обаятельных женщин. Как долго ни тянулась операция, но и ей пришел конец, – она была благополучно завершена – ребенок опущен в ванну с водой, в которой плавал колотый лед.*

Тогда, в 1957 году, меня крайне поразило необыкновенно долгое время производства трахеостомии, которую выполнял уважаемый профессор с двумя помощницами. Дело в том, что через три года я был рядовым сотрудником открывающегося «Противошокового центра», и начальник этого центра требовал от нас, ординаторов, чтобы мы научились делать менее чем за минуту трахеостомию, венесекцию, артериотомию, интубацию трахеи. И пока мы не разобрали всех деталей этих вмешательств и не отработали их в морге, на трупах, пока не достигли нужных временных показателей, центр не был открыт.

А. Старухин – А.И. Цибику
(к 70-летию)

Свой путь мог пением поведать,
Как тот знакомый нам Сосо.
Помехой – долгий час обеда –
Надременное колесо.

Остались в прошлом тире, скобки.
Дань Гиппократу, школьный бал.
Сомнений нет, но пока робко
На площадь главную ступал.

Ешё раскатистое эхо
Чеканит гулко праздный след.
Сквозь слезы радости и смеха:
Переяславлю триста лет,
триста лет...
триста лет...

Разглядывал как туберозу
Красавиц Лукова, стыдясь,
Но вновь к эфирному наркозу
Хлебнув, несолоно, садясь.

Он соизмерен славой бывших,
Он словно грешник, но в раю,
Вишневского и Шлейха выше,
Бесспорно, Юдина, Реклю.

Что есть – того не умаляет,
Талант был щедро богом дан.
И с юбилеем поздравляет
Якутск, Зырянка и Алдан.

Он мысленно летит над гаем,
Над блеском черепичных крыш.
Он преуспел, он узнаваем,
Он нимбом покорил Париж.

Что станет эпатажней, краше
(Монмартр шумный, Альфонс Доде).
Установить в презренном Кряже
То нечто, странное, биде!

Когда рука на гибком стане
Мулатки... О! Теночтитлан!
Ответь мне в призрачном тумане,
Коньячно трезв? Коньячно пьян?

Над ним судьбы звезда сияет,
Но нет, не враки то, не слухи...
Авторитетно подтверждает
Сотрудник ваш – А. Старухин.

Март 2007, Самара

Н.И. Чернышева
В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Чернышева Наталия Ивановна *(1938-2014 гг.). Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1961 году. В клинике факультетской хирургии с 1971 года. Заведующая отделением анестезиологии с 01.01.1974 г. по 02.11.2006 г., кандидат медицинских наук, дипломант конкурса «Лучший врач клиник медицинского университета», отличник здравоохранения СССР, награждена медалью «За доблестный труд», имеет высшую квалификационную категорию.*

Успехи анестезиологии во многом обеспечивают успешное развитие всех хирургических направлений.

Отделение анестезиологии клиник Самарского медицинского университета начало свою историю с 13 ноября 1955 года, когда в клинике факультетской хирургии профессором С.Л. Либовым был проведён первый эндотрахеальный наркоз эфиром у больного с урологическим заболеванием. Первым анестезиологом клиник был В.Н. Калужских.

Клиники СамГМУ по своему оснащению диагностической, наркозной и дыхательной аппаратурой, функционирующей по объему и частоте, являются лечебным, учебным и координационно-методическим центром и считаются одними из лучших лечебных учреждений г. Самары и области.

Начиная с 1955 года, в клиниках Самарского государственного медицинского университета врачи анестезиологи изучали и совершенствовали методы обезболивания операций на органах брюшной и грудной полостей:

нагноительные заболевания и опухоли лёгких, средостения, пищевода, врождённые и приобретённые пороки сердца, на аорте и её ветвях, по поводу различных заболеваний, сопровождающихся тяжёлой артериальной гипертонией, а также, в связи с венозной патологией, при операциях в клинике хирургической стоматологии, лор-клинике и отделении детской ортопедии.

Совместно с хирургами всех хирургических клиник анестезиологи изучали и внедряли в практику методы интенсивной терапии больных в послеоперационном периоде, методы коррекции массивной кровопотери. Изучались возможности чрескожной электростимуляции как анальгетического компонента во время операции и в послеоперационном периоде.

Большая работа проводилась в лечении больных с анаэробной инфекцией (столбняк, газовая гангрена, ботулизм), нагноительными заболеваниями.

С 1955 года врачами анестезиологами выполнено более 100000 наркозов.

С 1981 по 1986 гг. на базе отделения анестезиологии 37 врачей г. Самары и области прошли первичную специализацию по анестезиологии и реаниматологии или обучение в клинической ординатуре.

В настоящее время для обезболивания операций и исследований в отделении применяются современные методы обезболивания, отечественные и импортные препараты, используются современная наркозная и дыхательная аппаратура, мониторы для постоянного контроля жизненно важных функций больного во время операций и в раннем послеоперационном периоде. Все шприцы, иглы, системы для инфузионной и трансфузионной терапии и другой расходный материал – только одноразового использования.

Сотрудники отделения анестезиологии и реаниматологии проводят анестезиологическое обеспечение плановых и экстренных операций во всех хирургических клиниках университета круглосуточно (операции на органах брюшной и грудной полости, восстановительные операции на аорте и её ветвях, венозных сосудах, операции на щитовидной железе, надпочечниках, операции в лор-клинике, отделении гинекологии, урологии, хирургической стоматологии, пластической хирургии, детской ортопедии).

Анестезиологическое обеспечение характеризуется тем, что хирургические вмешательства отличаются большой сложностью и продолжите-

льностью, часто сопровождаются значительной кровопотерей, поэтому большинство из них обеспечивается многокомпонентным обезболиванием с ИВЛ и адекватным замещением потери жидкости, крови и коррекцией нарушения функций жизненно важных органов.

В соответствии с целями и задачами службы анестезиологии определяется характер подготовки кадров – врачей и медицинских сестёр. Все врачи прошли первичную специализацию по анестезиологии и реаниматологии, включавшую теоретическую и практическую подготовку.

В дальнейшем, каждые 5 лет, врачи отделения повышают свою квалификацию в институтах последипломного образования в Самаре, Санкт-Петербурге, Москве. В настоящее время все врачи отделения имеют сертификат специалиста, аттестованы на первую и высшую категории, двое из них кандидаты медицинских наук. Врачи отделения были участниками съездов и конференций анестезиологов-реаниматологов СССР и России. Врачи отделения анестезиологии и реаниматологии являются членами ассоциации анестезиологов-реаниматологов Самарской области.

Медицинские сестры отделения после прохождения первичной специализации и получения сертификата регулярно проходят специализацию с контролем знаний по компьютерным программам. Старшая сестра отделения ежемесячно проводит техническую учёбу с медицинскими сестрами. Все сестры-анестезистки имеют сертификат специалиста, 80% из них аттестованы на первую и высшую категории.

Кроме лечебной работы в отделении анестезиологии и реаниматологии клиник СамГМУ проводится исследовательская и научная работа.

Подготовлены и успешно защищены следующие диссертации на соискание степени доктора медицинских наук

1. Рубанович Г.Л. Двухсторонняя поднаркозная бронхография в диагностике нагноительных заболеваний лёгких у детей и взрослых. – Куйбышев, 1970.

2. Дильдин А.С. Возможности чрескожной электростимуляции при лечении внеоперационных болевых синдромов в клиниках хирургического профиля. – Куйбышев, 1984.

3. Труфанов Л.А. Уровни интраоперационных ноцицептивных дестабилизаций, способы их коррекции. – Самара, 1990.

4. Манелис Э.С. Обезболивание в акушерстве методами противоболевой периферической электростимуляции. – Санкт-Петербург, 1992.

Диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук

1. Рубанович Г.Л. Клиническое значение исследования функции внешнего дыхания в хирургии хронических неспецифических лёгочных нагноений. – Минск, 1962.
2. Терезников Г.И. Реинфузия крови при профузных кровотечениях во время операции. – Куйбышев, 1967.
3. Салматов Ю.Н. Эндотрахеальный наркоз при операциях на органах брюшной полости и забрюшного пространства. – Куйбышев, 1967.
4. Галкин Р.А. Чрескожная катетеризация трахеи в борьбе с нарушением бронхиальной проходимости. – Куйбышев, 1969.
5. Зильберман Э.С. Выбор средств и метода наркоза в хирургии тиреотоксического зоба. – Свердловск, 1969.
6. Денисов И.Н. Прямое переливание с внутрисосудистой стабилизацией крови донора гепарином. – Куйбышев, 1970.
7. Смирнова Т.В. Анестезиологические аспекты профилактики бронхиальной обструкции во время операций по поводу хронических лёгочных нагноений. – Куйбышев, 1971.
8. Айдаров Р.Г. К вопросу об обезболивании по поводу острого аппендицита. – Куйбышев, 1971.
9. Борок А.А. Некоторые вопросы клиники и лечения тяжёлых форм столбняка. – Челябинск, 1971.
10. Болтинова В.И. Особенности течения раннего послеоперационного периода у детей с врождёнными пороками сердца. – Куйбышев, 1971.
11. Певзнер Л.Н. Применение ганглиоблокаторов при желудочно-кишечных кровотечениях в комплексе общего обезболивания. – Куйбышев, 1972.
12. Старухин А.М. Гемокоагуляция у больных язвенной болезнью при наркозе и хирургическом вмешательстве в свете саногенеза. – Куйбышев, 1973.
13. Чернышева Н.И. Анестезиологические аспекты хирургического лечения симптоматических гипертоний. – Горький, 1975.
14. Суетин А.Н. Анестезиологическое пособие больным пожилого и старческого возраста в неотложной хирургии брюшной полости. – Куйбышев. 1976.
15. Елисеев М.Н. Катетеризация центральных вен при общем обезболивании: ошибки и опасности. – Куйбышев, 1976.

16. Миниберг Э.С. Применение гипербарической оксигенации в комплексном лечении больных с острой послеоперационной недостаточностью печени. – Москва, 1980.

17. Столяренко П.Ю. Профилактика и лечение нарушений внешнего дыхания у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. – Москва, 1980.

18. Филатов В.К. Комбинированный наркоз сомбревином и газонаркотической смесью фторотана, закиси азота и кислорода при амбулаторных стоматологических вмешательствах. – Москва, 1984.

19. Улькин С.В. Искусственная вентиляция лёгких путём электрической стимуляции диафрагмальных нервов (Экспериментально-клиническое исследование). – Куйбышев, 1986.

20. Тихонова Г.П. Чрескожная периферическая электростимуляция как анальгетический компонент анестезиологического пособия. – Свердловск, 1987.

21. Цейтлин О.Я. Интенсивная терапия осложнений восстановительных операций на аорто-подвздошном сегменте. Факторы риска. Изменение гемостаза. – Свердловск, 1989.

22. Бережнов В.В. Обоснование методов обезболивания у больных с переломами нижней челюсти при различных способах остеосинтеза. – Самара. 1994.

23. Потапов А.В. Лечение и профилактика респираторного дистресс-синдрома у больных общим перитонитом. – Самара, 2000.

Под руководством профессор Г.Л. Ратнера издана монография «Практическая анестезиология» (г. Москва, 1965 г.).

Доцентом кафедры стоматологии Столяренко П.Ю. выпущена монография по продлённой проводниковой блокаде в челюстно-лицевой хирургии, несколько методических рекомендаций об особенностях обезболивания в стоматологии, в том числе в геронтостоматологии, по истории обезболивания в стоматологии, выпушены научно-библиографические издания из истории создания лидокаина, новокаина. За свои работы Столяренко награждён премией имени Т.И. Ерошевского в области медицинской геронтологии за 2000 год, является победителем Всероссийского профессионального конкурса «Обезболивание и неотложная помощь в стоматологии» (г. Москва, 2001). Является членом Европейской ассоциации по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD).

В 2003 году профессор Е.А. Столяров с соавторами выпустил учебное пособие «Основы современной анестезиологии».

В отделении работают ветераны труда: Л.И. Герасимова, Л.А. Серафимович, Л.П. Кононова, Г.С. Кулимина, О.Н. Бобровская, В.Ф. Крайнюков и более молодые специалисты – А.Н. Меренков, Т.М. Евстигнеева, Ю.А. Голованов, А.В. Чернов, В.Б. Степанов, и наша надежда – молодая достойная смена – Л.В. Пыщева, Т.Ю. Складчикова, Е.В. Салмина, Т.П. Куликова, Е.И. Бушуева. В 2005 году в номинации «Лучший врач клиник» названа Н.И. Чернышева. В отделении также многие годы самоотверженно работают сестры-анестезисты: Бизяева В.А., старшая сестра, М.И. Калинина, Т.Г. Суволокина, М.Г. Фокина, В.Н. Малкина, Л.И. Губарева, Л.С. Елисеева.

Коллектив пополнился и молодыми энергичными анестезистами – Л.А. Королевой, Е.В. Ажеровой, Н.А. Баландиной, Е.В. Волковой, С.В. Хаминой, Н.В. Мусатовой, Н.Г. Меренковой, Е.В. Черновой.

Р.А. Галкин

ШТРИХИ К РАЗВИТИЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В САМАРЕ ГЛАЗАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ОРДИНАТОРА

Галкин Рудольф Александрович, *1938 года рождения, выпускник Куйбышевского медицинского института 1962 года. Клинический ординатор (1965-67 гг.) кафедры факультетской хирургии, с 1969 года – ассистент, с 1973 г.– доцент, с 1990 г. – профессор, а с 1991г. – заведующий кафедрой хирургических болезней. С 1975 по 1985 г. декан педиатрического факультета.*

С 1985 по 1987 г. – проректор по лечебной работе. С 1987 по 2000 г. – начальник главного управления здравоохранения администрации Самарской области. Кандидат медицинских наук с 1969 г., доктор медицины с 1989 г., заслуженный врач РФ с 1991 г. Дважды лауреат премии правительства РФ (2000 и 2006 гг.).

Впервые с общим обезболиванием я познакомился в 1960 году. На 4-м курсе института при прохождении цикла хирургии на кафедре факультетской хирургии наш преподаватель Василий Никитич Калужских привел группу в операционную. На операционном столе лежал мужчина, которому предстояла операция по поводу гнойного заболевания легких. Через маску наркозного аппарата больной дышал эфиром в смеси с кислородом. Сохранилось в памяти выраженное двигательное беспокойство больного в период стадии возбуждения. Мы, студенты, по просьбе наркотизатора держали больного за руки и ноги. Только по достижении глубокой стадии эфирного наркоза, при подавлении глоточного и кашлевого рефлексов больному была введена интубационная трубка, через которую в последующем и осуществлялась вентиляция легких. Помимо больного эфиром дышали все, кто находился в операционной, хотя и в меньшей концентрации. Миорелаксантов в то время в клинике не было. А такие анестетики, как флюэтен, циклопропан были слишком дороги и их использовали редко. Тот, первый, интубационный наркоз оставил тяжелое впечатление.

Неслучайно больные, оперированные под наркозом, неохотно соглашались на повторные операции под общим обезболиванием.

По окончании института в 1962 году я добровольно поехал работать хирургом в городок Артемовск Красноярского края. Знал, что рядом с городом шла большая стройка железной дороги Абакан-Тайшет, что сулило неплохую клиническую практику. Сложность заключалась в том, что в такой глубинке флакон с эфиром да маска Эсмарха – вот и весь атрибут для проведения общего обезболивания. Поэтому все хирурги поочередно выполняли роль наркотизатора. За три года работы удалось довольно хорошо освоить масочный эфирный наркоз. Хирурги в совершенстве владели местным обезболиванием, особенно его разновидностью – проводниковой анестезией. Ушивание прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, операции при непроходимости кишечника (однажды даже ножевое ранение левого желудочка сердца), чаще выполняли под местной анестезией.

По возвращении в Куйбышев, в 1965 году, я хотел поступить в клиническую ординатуру по хирургии. К сожалению, в областном отделе здравоохранения распределение туда уже было закончено. Оставалось одно, дополнительно выделенное, место по анестезиологии в клинике факультетской хирургии. Возглавлял её тогда только набиравший авторитет среди коллег-хирургов молодой энергичный профессор Георгий Львович Ратнер.

Начало 60-х годов в Самаре – это время бурного развития сердечной и сосудистой хирургии. Внедрение в практику аппарата искусственного кровообращения, выполнение большого количества операций на сердце, сосудах и легких, развитие эндокринной хирургии требовали серьезного анестезиологического пособия. В клинике уже работали мои сокурсники по учебе в институте – Олег Храмов (аспирант по анестезиологии) и врач-анестезиолог Эммануил Зильберман. Они меня и убедили поступить в клиническую ординатуру по анестезиологии, одновременно продолжая и хирургическую практику.

В то время анестезиологическим отделением в клинике факультетской хирургии заведовал профессионально грамотный и опытный врач кандидат медицинских наук Григорий Лазаревич Рубанович. В отделении работала очень спокойная как человек, ответственная как врач, анестезиолог по призванию Тамара Вячеславовна Смирнова.

В то время главным анестезиологом области был сотрудник клиник медицинского института Геннадий Иванович Терезников – очень работо-

способный, успевающий давать наркозы во многих лечебных учреждениях города Самары и области. Анестезиологами в других клиниках работали Николай Пичеев, Александр Старухин. Через год-два в клинике факультетской хирургии появились уже достаточно опытный анестезиолог Суетин и из железнодорожной областной больницы Александр Борок. Они совместно с врачами больницы им. Н.И. Пирогова стояли у истоков организации областного общества анестезиологов и реаниматологов.

Рубанович, как заведующий отделением развивающейся специальности анестезиология и реаниматология, всячески отстаивал и поднимал авторитет своих коллег среди хирургов. С первых дней моей работы он запретил мне принимать участие в операциях. По его мнению, даже трахеостому в экстренных случаях должен делать хирург. Разумеется, это неправильно, но спорить с ним было небезопасно. Поэтому я, не афишируя, на дежурствах, при всяком возможном случае, старался принимать участие в операциях в качестве ассистента и хирурга.

В середине 60-х годов в клиниках института уже широко применяли интубационный наркоз. В качестве анестетиков использовали эфир, закись азота, циклопропан, флюэтен. Применяли миорелаксанты как короткого (листенон, миорелаксин, дитилин), так и длительного действия (тубокурарин). Наконец-то появились синтетические интубационные трубки, позволяющие проводить однолегочную вентиляцию легких при гнойных процессах в них.

Ультразвуковой диагностики и компьютерных томографов тогда ещё не было. Поэтому многие манипуляции выполнялись в рентгеноперационных и требовали хорошего анестезиологического пособия, экстренных реанимационных мероприятий. Лучевую нагрузку помимо рентгенолога получали анестезиолог, медицинская сестра-анестезист, операционная сестра. В памяти остался необычный случай сорокаминутного непрямого и прямого массажа сердца с благоприятным исходом. Юноше 15 лет с подозрением на коарктацию аорты должны были через сонную артерию подвести катетер к дуге аорты, а затем мгновенно под давлением ввести контрастное вещество и в то же время сделать рентгенографию грудной клетки с целью определения сужения нисходящего участка аорты или его отсутствия. Манипуляция выполнялась под местной анестезией, но на случай необходимости общего обезболивания все было приготовлено заранее. На этапе введения катетера в сонную артерию и его погружения у больного произошла остановка сердца. На фоне закрытого массажа сердца.

На фоне закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких через маску наркозного аппарата применение электрического разряда дефибриллятором оказалось неэффективным. Был дан общий наркоз, больной заинтубирован, произведена торакотомия, начат прямой массаж сердца и после нескольких разрядов порядка около 3,5 тысяч вольт сердце заработало. Поскольку грудная клетка была уже вскрыта, то удалось визуально все осмотреть – коарктации аорты не обнаружилось. К счастью для больного и для всех, кто участвовал в реанимационных мероприятиях, всё закончилось благополучно. Молодой человек быстро поправился и покинул клинику. Приведенный пример свидетельствует, что безопасных диагностических манипуляций не бывает. Хирург и анестезиолог должны предвидеть возможные осложнения, четко и организованно действовать в нестандартных ситуациях.

В то время в ординаторских, на клинических конференциях часто вспыхивали дискуссии о роли и месте анестезиолога во время операции и послеоперационном периоде, действительно, операции на «сухом сердце», а также операции, выполняемые под общей гипотермией, требовали применения далеко не безразличных для организма лекарственных препаратов. Необходимы были глубокие знания нормальной физиологии, клинической фармакологии. В ряде случаев выполнение самого хирургического приема может быть простым и быстрым, в то время как процесс предоперационной подготовки ослабленного больного, процесс обезболивания, ведение послеоперационного периода могут представлять значительные трудности и опасность для жизни больного.

Кто к кому должен прислушиваться: анестезиолог к хирургу или наоборот? Кто должен принимать окончательное решение? Подобные дискуссии вспыхивают и сегодня. При этом и те, и другие, отстаивая свои амбиции, нередко забывают о самом больном. С позиций более чем сорокалетнего клинического опыта могу определенно сказать, что на разных этапах обследования и лечения больного «главным» всегда остается лечащий врач. За ним всегда остается решающее слово. На этапе обследования и подготовки больного к операции, при решении вопроса об объёме оперативного вмешательства, анестезиолог должен выступать в роли оппонента лечащего врача.

Во время операции главной фигурой остаётся хирург. Именно от его действий зависит исправление порока или дефекта, устранение патологи-

ческого очага, потребовавших оперативного вмешательства. Задачей анестезиолога на этом этапе является обеспечение максимально благоприятных условий для выполнения операции, как для больного, так и хирурга.

Накапливаемый опыт в работе специалистов требует обобщения, анализа, оценки коллег, беспристрастных к результатам вашей работы. Особенно это касается медиков. Остался в памяти наш первый групповой выезд в Ленинград в 1966 году на конференцию по анестезиологии и реанимации, проводимую Военно-медицинской академией им. С.М. Кирова. Наш доклад о тактике анестезиолога при нарушении дыхания больного после операции, сопровождаемый демонстрацией фильма о наложении микротрахеостомы после операций по поводу гнойных заболеваниях легких, вызвал оживление среди участников конференции. Нас стали узнавать. В перерывах более подробно расспрашивали о наших достижениях. В том же году на Всесоюзной учредительной конференции анестезиологов и реаниматологов Г.Л. Рубанович выступил с докладом о тактике анестезиолога при внезапной гипотензии во время операции. Тогда уже известные профессора Дарбинян и Бунятян, а также и совсем молодые доктора наук Маневич, Ефуни, Рябов, признали его как одного из лидеров среди анестезиологов и реаниматологов из периферийных вузов. Согласились, что в Самаре успешно развивается своя школа врачей анестезиологов-реаниматологов.

По окончании ординатуры по анестезиологии и реаниматологии я вновь встал к операционному столу. Эти два года ординатуры позволили мне с другой стороны взглянуть на работу хирурга, глубже понять роль и место каждого в операционной. Залог успеха – в высоком профессионализме всех, с кем встречается больной на этапах диагностики, предоперационной подготовки, обезболивания, самой операции и в реабилитационном периоде.

А.Н. Суетин
ДРУГИЕ БЕРЕГА

Суетин Александр Николаевич *(1931-2011 гг.). На протяжении 1949-1951 годов учился в Куйбышевском медицинском институте, перешел в Ленинградскую военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова и окончил её в 1955 году. Служил в рядах Советской Армии в 1955-1960 гг. Анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории с 1960 года. Кандидат медицинских наук с 1976 года. Ассистент по циклу «Анестезиология и реаниматология» с 1973, ассистент по курсу «Анестезиология и реаниматология» факультета усовершенствования врачей с 1989 по 1991 годы. Заведовал отделением реанимации клиник с 1972 по 1995 годы.*

Александр Дмитриевич Степанищев взял направление к другим берегам, оставив должность заведующего анестезиологическим отделением городской больницы № 1 им. Пирогова. Открывались новые горизонты в работе на кафедре госпитальной хирургии у профессора А.М. Аминева. Эту должность занял я. Мне предложили совместительство в первой объединенной (обкомовской) больнице, куда часто приглашали профессора Г.Л. Ратнера. Как-то после операции состоялся разговор с Георгием Львовичем. Было это в декабре 1971 года. Он приглашал работать в клинику, гарантируя мне заведование отделением реанимации, а в перспективе – должность ассистента кафедры факультетской хирургии и кандидатскую диссертацию. Я от предложения отказался, сославшись на то, что я – практический врач и меня преподавание не интересует. Повторная беседа с профессором Ратнером ничего нового для нас обоих не дала.

Однажды мне домой позвонил Георгий Львович и настоятельно просил зайти к нему на работу. Между прочим добавил, что лучше к концу рабочего дня, не афишируя свой визит. Я стоял на своём и твердил, что мне не нравится такая работа, не хочу писать диссертацию и преподавать, а отделением я заведую сейчас. Чувствуя, что со мной вести разговор бессмысленно, он добавил: «Ну, хорошо. Решим так, вы пишете заявление

о приеме на работу, без даты и оставляете у меня». На том разошлись.

Я терялся в догадках и пытался понять свою роль в замысле профессора Ратнера. У него в клинике есть свои опытные специалисты, такие как Г.Л. Рубанович, Т.В. Смирнова, Э.С. Зильберман и другие. Я оставался на своем месте. Однажды разгорелся спор с хирургами о том, какой вид обезболивания применять у лиц пожилого и старческого возраста. Чтобы подкрепить свою точку зрения, я решил сделать сообщение на заседании хирургического общества. Потом ко мне подошел Рубанович и сказал, что наметки кандидатской диссертации уже есть. Я начал писать кандидатскую диссертацию под началом Рубановича.

События развивались таким образом, что в марте 1972 года я был ординатором клиники факультетской хирургии. Однажды Рубанович сказал мне: «Возьми материалы, завтра обсудим план дальнейших твоих действий у Георгия Львовича». Ознакомившись с моими данными, Ратнер заметил: «Так не пойдет, обязательно нужна группа больных пожилого и старческого возраста, оперированных с применением препаратов для нейролептанальгезии». Рубанович возразил, отстаивая свое видение проблемы. Помолчав, я добавил: «Разбирайтесь сами». Неожиданно для себя, я вспылил: «Если вам она не нужна, то писать диссертацию я не стану». Вышли из кабинета. После такой сцены, Рубанович особого интереса к моей работе не проявлял. Мне ничего не оставалось, как все материалы бросить на шкаф.

Коллектив отделения меня принял спокойно, но настороженно. Наблюдали за моими действиями. Как-то Клара Семеновна Скловская сказала мне: «Александр Николаевич, мы удивлялись твоим решениям, несогласованным с заведующим клиникой». Вскоре состоялось внушение от Георгия Львовича.

С началом весеннего семестра (февраль 1973 года) я – на должности ассистента кафедры. С приходом в клинику я сказал Ратнеру о том, что не знаю их работу, – сердечную, сосудистую и торакальную патологию. Я знаю общую хирургию по больнице им. Пирогова.

Ратнер меня успокоил: «Не волнуйтесь, входите в курс дела, наблюдайте. Спрашивать с вас я ничего не буду полгода, а через полгода будете отвечать за всё, что делается в отделении реанимации».

В клинике проходил День медицинского работника, в котором принимал участие Георгий Львович. Поздравив коллектив клиники с профессиональным праздником, Ратнер, глядя на меня и сверкнув линзами очков,

насмешливо сказал: «Александр Николаевич, я свое слово сдержал. Отведенный для ознакомления с работой клиники срок истек, я выполнил данное вам слово. Теперь я буду с вас спрашивать за все в отделении реанимации».

В своей реплике Скловская была предельно откровенна. Возможно, она высказывала общее мнение врачей отделения: «Вначале мы были недовольны тобой, а теперь убедились в том, что и знаешь, и можешь, что мы. Теперь мы будем всегда поддерживать».

После ухода из клиники Рубановича, отделение анестезиологии возглавила Тамара Вячеславовна Смирнова. В 1976 году она перешла на вновь открытую кафедру детской хирургии, которую формировал доцент Юрий Александрович Перов и преподавала цикл «Анестезиология и интенсивная терапия». Заведующей отделением анестезиологии была назначена Наталия Ивановна Чернышева. В декабре 1972 года по конкурсу меня избрали ассистентом на кафедру и я заведовал отделением на общественных началах. Был такой порядок – все отделения курировали ассистенты кафедры, а заведовали отделениями больничные ординаторы. Коллектив жил дружно. По пятницам проходили конференции, обсуждалась текущая работа кафедры и клиники, заслушивались тематические доклады, обязательно делали обзор периодической литературы. В интригах я не участвовал.

Так как Рубанович отказался от руководства по моей диссертации, защита состоялась под научным руководством Ратнера, в 1976 году.

Я забыл уже о том, что когда-то занимался наукой. К этому вопросу вернулся сам Ратнер: «Что у вас есть по диссертации?» - Я: «Есть, что-то вроде черновика». Ратнер: «Принесите, посмотрим. Если потребуется – доработаете. Я назначаю вам срок защиты – 1976 год».

Работу назвали «Анестезиологическое пособие больным пожилого и старческого возраста в неотложной хирургии брюшной полости».

Отделение реанимации было открыто позднее. До этого оно существовало как послеоперационное отделение, обеспечивалось штатами клиники – за счет 1 штатной единицы из каждого отделения. Введена практика ротации врачей каждые 6 месяцев. Получалось на практике так – три месяца врач адаптировался к работе в отделении, затем следующие три месяца ждал возвращения в отделение анестезиологии. Убедили профессора Ратнера в том, что такая практика себя не оправдывает и ротацию лучше проводить через год. И такое решение не устраивало врачей – стали врачи писать заявление о продлении срока работы в том отделении, которое

ближе по душе. Позднее произошло разделение врачей по отделениям, анестезиологи ушли в отделение анестезиологии, а реаниматологи в отделение реанимации. В отделении реанимации установился со временем такой порядок – все назначения делает заведующий отделением. Не было исключения и для заведующего клиникой. Этому предшествовало обсуждение рекомендаций консультантов.

По инициативе профессора Ратнера стали широко использовать гипероксигенобаротерапию при различных патологических состояниях, в которых гипоксемия имела место:

- гнойная хирургическая инфекция (сепсис, перитонит);
- анаэробная инфекция (газовая инфекция, столбняк, ботулизм);
- стафилококковая деструкция легких;
- прочие состояния.

По поводу стафилококковой деструкции легких впервые нами были использованы сверхмощные дозы пенициллина, от 150 до 400 миллионов единиц, кратким курсом в 3-4 суток. Больные находились на самостоятельном дыхании, а санацию трахеобронхиального дерева проводили консервативным способом. Сеансы ГБО терапии столбнячным больным проходили в присутствии врача в барокамере.

Так же широко использовали методы экстракорпоральной детоксикации – гемосорбцию, плазмасорбцию; плазмаферез, перитонеальный диализ. В повседневной практике применялось лазерное облучение крови. Определенную сложность ведения послеоперационного периода представляли больные после тимэктомии. Технический доступ был двояким, или продольная стернотомия, или резекция грудинно-реберного сочленения. Искусственная вентиляция легких проводилась аппаратами объемного (РО-2, РО-5, РО-6) или частотного назначения («Ассистент»). Трахеостомию не делали. Самая длительная вентиляция продолжалась три недели у больной раком вилочковой железы. Зондовое кормление больных и тщательный уход за трахеобронхиальным деревом. Антихолинэстеразные средства назначали на фоне восстанавливающегося самостоятельного дыхания.

Определенные неувязки были в вопросах переливания крови. В бытность заместителя главного врача клиник по хирургии, Б.Н. Жуков издал приказ, согласно которому, всех больных, которым показана гемотрансфузия, осматривает сотрудник его лаборатории Ю.Л. Кецко. Я: «А кто будет переливать кровь? Ясно, что лечащий врач. Скажи, Борис Николаевич, ты будешь оперировать больного, которого я смотрел накануне? Такое решение тебя устроит?». На том идея его угасла...

В отделении работали опытные врачи, кандидаты медицинских наук К.С. Скловская, В.И. Болтинова, А.С. Дильдин, Б.С. Миниберг и другие сотрудники, в числе которых назову В.В. Ерёмину, А.В. Дыдзюль, Г.Ф. Сафронову. Хирурги менялись ежегодно. Помимо А.С. Дильдина работали В.И. Белоконев, Н.Н. Серафимович и другие.

Несколько фраз о работе моей как преподавателя. По программе госпитальной хирургии цикл «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия» вели М.Н. Елисеев на кафедре госпитальной хирургии группу хирургов, и я – на базе отделения реанимации факультетской хирургии – группу терапевтов. Положение моё было довольно странным. Группа терапевтов проходила цикл «Реанимация и интенсивная терапия» по программе госпитальной терапии у профессора В.А. Германова. Фактически к клинике факультетской хирургии я не имел никакого отношения. Для занятий была выделена маленькая комнатушка в самом отделении реанимации.

Шло время, я поинтересовался у проректора по учебно-воспитательной работе И.Н. Денисова о возможной перспективе открытия доцентского курса. Денисов не замедлил порекомендовать обратиться по данному вопросу к ректору А.Ф. Краснову. Я изложил свое мнение относительно того, что меня волновало. Ректор ответил так: «Институт ещё не готов к организации доцентского курса. Мы пока воздержимся от такого шага». Но на какой срок, не сказал.

Доцентский курс был открыт на базе кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей в 1988 г. Я на звание доцента не претендовал, потому что через год уходил на пенсию и такой шаг был бы для меня ущербным.

После ухода на пенсию я вернулся в клиники университета и продолжал заведовать отделением реанимации, но уже действующим на хозрасчетной основе.

Открытие кафедры анестезиологии и реаниматологии становилось очевидным фактом. Дальше медлить было явным анахронизмом. Позвонил Б.Н. Жуков и передал просьбу Краснова подойти и обсудить процедурную часть вопроса. Человек я опытный, имею опыт организации доцентского курса, опытный лектор, хорошо осведомленный в документации, ответственный сотрудник.

Последовал мой ответ: «Организовывать кафедру для кого-то я уже не хочу».

В. П. Поляков
МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ЕЁ МЕСТО В ХИРУРГИИ

1937-2016

***Поляков Виктор Петрович**, 1937 года рождения, окончил Самарский (Куйбышевский) мединститут в 1960 году. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии и кардиохирургии института последипломного образования СамГМУ, руководитель Самарского межобластного кардиохирургического центра, заслуженный врач РФ, почетный профессор СамГМУ, почетный академик АМТН, лауреат первой национальной премии «Призвание», лауреат премии им. академика А.Н. Бакулева, лауреат литературного конкурса им. М.А. Булгакова. Автор более 400 научных работ, 6 монографий, 13 изобретений, 3 сборников стихов.*

Местная анестезия играла в моей жизни определенную и довольно заметную роль и дать ей оценку я могу не понаслышке, а как хирург и как пациент.

Первой операцией, которую я увидел, учась на третьем курсе, было грыжесечение под местной анестезией. Появление «лимонной корочки» при внутрикожном введении новокаина и разрез тканей вызвали у меня легкий приступ дурноты, который удалось подавить, а двое моих коллег, тоже ставших впоследствии хирургами, временно покинули операционную. Больной же перенес вмешательство спокойно, без жалоб и стонов. Потом мы познакомились и с различными способами проводниковой анестезии и сами делали ее при панарициях. Местная анестезия «достала» меня и на экзамене по общей хирургии. Заметив, что я подсказал своему «плавающему» другу, доцент решил «срезать» меня с повышенной стипендии и поинтересовался, на что распадается новокаин в ране. Срезал.

Я долго не мог определиться с выбором узкой профессии и только учась в субординатуре стал делать свои первые самостоятельные операции. Конечно, они выполнялись под местной инфильтрационной анестезией, а верхом достижений была аппендэктомия. Уже тогда для меня стало ясно,

что добиться хорошей анестезии при аппендэктомии, особенно при остром воспалении отростка, удается далеко не всегда, и хирургу приходится выслушивать стоны больного или звать анестезиолога.

Окончив институт, я попал во фтизиохирургию, где по счастливому стечению обстоятельств получил большую свободу и возможность самостоятельно оперировать. Уже на первом году работы я делал торакоскопии с пережиганием спаек у больных с лечебным пневмотораксом и торакопластики с удалением 5-7 ребер. Эти операции выполнялись преимущественно под местным обезболиванием, которое я научился делать технически хорошо, сочетая проводниковую и инфильтрационную анестезию. Даже не жалуясь на боль, часть пациентов тяжело переносила большие операции в связи с дыхательными и сердечно-сосудистыми расстройствами, связанными как с основным заболеванием, так и с токсическим воздействием больших доз новокаина. Меня-то Бог миловал, а у моего друга на столе умерла во время торакоскопии под местной анестезией молодая женщина от шока и остановки сердца.

Во время усовершенствования в Москве в 1962 году пришлось наблюдать мне и резекцию легкого под местной анестезией. Я не помню, чем она кончилась, но произвела на меня тягостное впечатление. У нас в Самаре в то время все резекции легких уже выполнялись под наркозом.

Следующим этапом моей деятельности стала клиника факультетской хирургии мединститута – общая, торакальная, сердечно-сосудистая хирургия. Здесь местная инфильтрационная анестезия использовалась в полном объеме. Грыжесечение, аппендэктомия, операции на мошонке, щитовидной железе – вот далеко не полный перечень ежедневных оперативных вмешательств в стационаре и масса мелких операций в поликлинике. Всё это было приемлемо при хорошем владении методом обезболивания и даже иногда в чём-то выгодно (контроль повреждения возвратного нерва при струмэктомии, меньшее количество легочных осложнений у больных с тяжелой сопутствующей патологией), но под наркозом оперировать было спокойнее и удобнее, как для хирурга, так и для больного. Когда я поступил в клинику с признаками аппендицита, ни о какой местной анестезии, конечно, речи не было, хотя тонзиллэктомию в молодости и резекцию носовой перегородки в зрелом возрасте пришлось перенести под местным обезболиванием. Терпимо, но присутствие на собственной экзекуции, особенно длительной, малоприятно.

В дальнейшем моя судьба оказалась связанной с сердечной хирургией и параллельно (13 лет) с хирургией детского возраста. Ни в той, ни в другой специальности, в силу специфики, местная анестезия хождения не имела, но периодически сотрудников своих по различным поводам под местным обезболиванием (также, как и под наркозом) я оперировал. Правда, в последнее десятилетие в сердечной и торакальной хирургии, не говоря уже об абдоминальной, проявляется большой интерес к перидуральной анестезии, но это уже несколько другой поворот событий и качественно иной, прекрасный комбинированный вид обезболивания. Могу засвидетельствовать это как пациент.

Если говорить о будущем, человечество переживает сейчас период расцвета инновационных катетерных технологий, выполняемых под местной анестезией взамен обширных травматичных операций.

В заключение, хочу сформулировать свое отношение к местной анестезии. Это благо для пациентов и хирургов при выполнении небольших операций в хорошо доступных местах. Каждый хирург по своему опыту знает тот предел возможностей местного обезболивания, который не следует переступать из гуманных соображений, но в экстремальных условиях это все-таки какой-то выход.

Т.П. Тихонова
НЕЗАБЫВАЕМОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

Тихонова Галина Петровна родилась в 1951 г. *Окончила Куйбышевский государственный медицинский институт в 1974 г. В клиниках с 1982 по 1993 г. Кандидат медицинских наук, анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории.*

С клиникой факультетской хирургии я познакомилась впервые летом после 3 курса, когда у нас была практика в качестве медицинских сестер. Нас, несколько сокурсников, направили в отделение реанимации. В то время это было первое отделение реанимации в городе (да и в стране их было еще немного). И работа реаниматолога поразила меня до глубины души. То, что я тогда увидела (как четко работают врачи и медицинские сестры, как они спасают людей от, казалось бы, неминуемой смерти, как тяжелобольные после сложных операций через несколько дней уже ходили) – это на долгие годы оставалось в моем представлении как истинное проявление настоящей медицины. Возглавлял кафедру факультетской хирургии Г.Л. Ратнер, молодой, красивый, умный профессор, не обратить внимание на которого было просто невозможно. Это мое первое впечатление от кафедры, от хирургии и, особенно, от реанимации, сразу же решило мои предпочтения на долгие годы. Как только начались занятия на 4 курсе, я устроилась на должность медицинской сестры в отделение реанимации клиники факультетской хирургии. Работа была ночная, после учебы в институте. Было нелегко, но очень интересно. Возможно, это был просто возрастной романтизм, а может быть, времена были другие. Но это был один из самых интересных периодов моей жизни. Все хирурги, особенно врачи анестезиологи-реаниматологи, и, в первую очередь, Ратнер, для меня были людьми высшей категории! Мне казалось, что его уважали и немножко боготворили все, – и врачи, и медицинские сестры, и больные. Работала я там до окончания института. И, конечно, когда пришлось выби- рать специальность, я не сомневалась ни минуты. Институт я окончила с отличием, и у меня были льготы при распределении. Мне предлагали оста-

ться в клинической ординатуре на одной из терапевтических кафедр, с последующей работой кардиологом в санатории «Волжский утес» (в то время его только открыли и набирали кадры). Но образ реаниматолога не оставлял меня ни на минуту и на распределении я, как мне тогда казалось, очень гордо сказала «Только анестезиологом-реаниматологом, в любую точку Советского Союза». Меня направили по этой специальности в центральную районную больницу города Алатырь Чувашской республики, где я честно работала в качестве анестезиолога ровно четыре года, день в день. Но все это время я не теряла связи с моей любимой кафедрой. Как только удавалось выбраться домой, в Куйбышев, я всегда приходила в отделение реанимации, но уже как коллега. Задавала много вопросов относительно своих больных и всегда получала дельные советы, увозила с собой много книг по анестезиологии. Было несколько встреч и с Ратнером, который, как ни странно, помнил меня, и принимал живое участие в моем «заочном дистанционном обучении» (это его слова).

Через 4 года я вернулась в Куйбышев и сразу же получила предложение работать на кафедре вначале на ставку, а затем врачом анестезиологом-реаниматологом. Через 2 года Ратнер предложил мне научную работу. Коллектив на кафедре был всегда дружный, много молодых врачей.
Поэтому кроме работы довольно часто встречались и общались за праздничным столом (праздники, дни рождения, защита диссертаций и т. д.). Георгий Львович всегда поражал своим искрометным юмором, очень живым и добрым. Он всегда отличался от других профессоров того времени: в одежде всегда предпочитал молодежную моду (наверное, он одним из первых стал приходить на работу в джинсах) и очень любил общаться с молодежью. Отношения на кафедре были довольно демократичными. И работать на кафедре у Ратнера всегда считалось престижным.

11 лет работы на кафедре прошли как один день. Многое изменилось в жизни. Нет уже Георгия Львовича. Но та атмосфера, тот «дух кафедры факультетской хирургии» остались на всю жизнь.

Если сказать коротко, что такое для меня факультетская хирургия: это гордость за то, что начало моей профессиональной деятельности связано с ней, это слова огромной благодарности Георгию Львовичу за все то хорошее (я надеюсь, что во мне это есть), что он вложил в меня и как в человека, и как во врача, это признательность всему коллективу кафедры за ту атмосферу, которая никогда не забудется и которая, к сожалению, никогда больше не повторится, как бы комфортно мне не было на других местах.

А.М. Старухин
ТРЕВОЖНОЕ ОЖИДАНИЕ

В этом небольшом, предворяющем, вступлении я хочу познакомить читателя с профессиональной судьбой ряда сотрудников клиник, которым пришлось пережить тревожное ожидание, пока решалось их положение в клинике.

Неопределённость в решении таких вопросов со стороны профессора А.М. Аминева для вновь принятых врачей была по своей сути четкой и продуманной позицией заведующего кафедрой и клиникой.

Можно только догадываться или предполагать о закулисной игре руководителя, но важнее обратиться к фактам участи конкретных сотрудников, приглашенных из лечебных учреждений здравоохранения города и области.

Надо сказать, что такой же тактики придерживалась профессор М.А. Макиенко, заведующая кафедрой и клиникой хирургической стоматологии, ученица профессора А.М. Аминева.

Прочитав воспоминания А.Д. Степанищева, Ю.С. Федорова, И.Л. Федотова, З.А. Винокуровой, В.М. Зотова, П.Ю. Столяренко, невольно приходишь к подобному мнению независимо от других.

Годы принудительного исполнения обязанности по другой специальности не приносили удовлетворения «временщикам» от анестезиологии, не способствовали становлению анестезиологической службы в клиниках института, но главное, отражались на качестве проводимой анестезии и положении самого больного.

Жизнь в чуждой профессии для всех новоиспеченных анестезиологов тянулась без любви, как в известной песне. Но так было...

Вспоминает Т.А. Киселева: «Меня и Л. Белову Мария Александровна к проведению наркозов не привлекала. Но после заявления В.М. Зотова о том, что во время наркоза он умирает с каждым больным, такая практика прекратилась». С этого момента рядом с больным у операционного стола уже стояли анестезиологи В.К. Филатов и П.Ю. Столяренко.

А.М. Старухин
ЗАОЧНОЕ ЗНАКОМСТВО. СТЕПАНИЩЕВ

Степанищев Александр Дмитриевич *родился в 1928 году. Окончил Куйбышевский государственный медицинский институт в 1958 году*

С 1950 по 1952 гг. работал в клинике госпитальной хирургии медицинской сестрой. С 1960 года – ординатор, с 1962 г. – заведующий отделением анестезиологии городской больницы № 1 им. Н.И. Пирогова. Первичную специализацию в течение 6 месяцев проходил на кафедре анестезиологии в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Ленинград. С декабря 1965 года – ординатор, заведующий отделением клиники госпитальной хирургии. Будучи на должности ординатора хирургического отделения исполнял обязанности анестезиолога до перехода на должность заведующего отделением вновь сформированной кафедры госпитальной хирургии № 2.

1928-2017

О Степанищеве я впервые услышал от Терезникова. Это было время моей специализации у профессора Г.Л. Ратнера, и Терезников был моим эпизодическим наставником. Как-то он рассказывал, что ему позвонила Р.А. Родкина, доцент кафедры акушерства и гинекологии (заведующий – профессор Мильченко) и упрашивала дать наркоз больной с сопутствующей гипертонической болезнью в отделении онкогинекологии областного госпиталя инвалидов ВОВ 1941-1945 гг. (ул. Молодогвардейская). Приглашенный накануне анестезиолог Степанищев отменил операцию (после осмотра больной) и рекомендовал заменить препарат раувольфии на другое гипотензивное (спазмолитическое) средство за 2-3 дня до вмешательства, учитывая выраженное депрессивное действие эфира на гемодинамику. Такова была общепринятая схема предоперационной подготовки больных с гипертонией. Родкину такая рекомендация не удовлетворила и она позвонила Терезникову, в то время нештатному главному анестезиологу Областного отдела здравоохранения, известному в кругах акушеров и гинекологов.

Терезников, не размышляя, провел обезболивание. Не зря говорят: «Победителей не судят». С позиции профессионального подхода и здравого смысла А.Д. Степанищев был прав. Как тут не вспомнить: «Платон мне друг, но истина дороже». (Amicus Plato, sed magis amica veritas).

А.М. Старухин
ДОБРАЯ ПАМЯТЬ. МАКСИМКИНА

Максимкина Алевтина Петровна *(1926-2007 гг.). Окончила Куйбышевский медицинский институт. В клинике факультетской хирургии работала с августа 1955 года по февраль 1961 года.*

Среди врачей либовского времени заслуживает внимания А.П. Максимкина. Она, как и все врачи-хирурги, поочерёдно проводила эфирные наркозы масочным способом и в определенных условиях переливала кровь. В отличие от других коллег, такая повинность для неё имела счастливое продолжение. Из хирургии она ушла и занялась обезболиванием. Но как анестезиолог она раскрылась в другом лечебном учреждении, покинув клиники медицинского института. Однако истоком своей будущей профессии она считает клинику факультетской хирургии, возглавляемую профессором С.Л. Либовым.

В беседе с доцентами В.Н. Калужских и Н.В. Левашовым я слышу о ней самые теплые и доброжелательные отзывы, она предстает в моём воображении человеком общительным и добросовестным. Заботливо относилась к детям с врождённой патологией сердца и самоотверженно выхаживала их в послеоперационном периоде. К выбору специальности шла не один год. В её врачебной биографии прослеживаются увлечения хирургией (московская поликлиника, хирургический приёмный покой, клиника факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института). Правда, это недолгие увлечения. Сделан окончательный выбор – и долгие годы работы анестезиологом и реаниматологом (в Минске, Самаре).

Ю.С. Федоров
ПЕРВАЯ НАСТОЯЩАЯ ЛЮБОВЬ

Федоров Юрий Сергеевич *родился в 1927 г. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1952 году. Клиническую ординатуру по хирургии – в 1955 г. Ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с 1967 г., доцент с 1971 года. Кандидат медицинских наук – с 1967г. Высшая категория по хирургии, травматологии и ортопедии.*

Свой рассказ я начинаю издалека, потому что в то время меня тревожили сомнения, на которые я не находил ответа. Думаю, не только меня... Но начну по порядку, с того времени, о котором идет речь. Я работал уже заведующим хирургическим отделением одной из больниц Ставрополя (на Волге), был главным хирургом города и района. К тому времени за плечами была клиническая ординатура на кафедре пропедевтической хирургии у профессора Сергея Павловича Шиловцева. «Куйбышевгидрострой» купил нам аппарат газового наркоза. Анестезиологов тогда еще не было, наркозы проводили хирурги по очереди. Возрадовались мы тогда такому подарку, но столкнулись с техническими и психологическими проблемами. С техническими мы справились быстро, а вот с психологическими дело обстояло не так просто. Дело в том, что со студенческой скамьи мы твердо знали: пока человек дышит – он жив, перестал дышать – через несколько минут его уже нет, он ушёл в вечность.

Этот своеобразный психологический барьер внутри нас надо было преодолеть. Это не трудно, когда ты видишь такое на примере других в повседневной жизни. А если не видел? Как быть тогда? В данном случае остановить дыхание ты должен сам, посредством мышечных релаксантов. А если не успеешь, не сможешь заинтубировать трахею? Читаю литературу. «Умом всё понял, а сердцем – нет»!

Техника наркоза была следующей. Больного вводили в глубокий наркоз, интубировали трахею, только потом вводили миорелаксант и переходили на управляемое дыхание. Много позже я узнал, что таким путем шли не мы одни...

Вскоре я уже на «Цикле по грудной и брюшной хирургии» в Центральном институте усовершенствования врачей. В цикле для заведующих отделениями предусматривались недельные занятия по анестезиологии в клинике Евгения Николаевича Мешалкина. По моей просьбе мне продлили занятия по анестезиологии до трех недель, и все мои психологические сомнения исчезли.

В последние годы профессор А.М. Аминев предлагал мне место ординатора в клинике госпитальной хирургии, видимо потому, что знал меня как хирурга. На первую свою экстирпацию желудка я просил Аминева прислать мне на помощь Бориса Николаевича Эсперова. К тому же я имел научный материал для кандидатской диссертации по гемодинамике при хирургических операциях. Я уже понял, что в Ставрополе я «остановился» как хирург. В конце 1962 года Аминев прислал мне письмо с запиской, как всегда на клочке бумажки: «Юрий Сергеевич, последний раз предлагаю вам место ординатора. Если вы опять не приедете, то забудьте о клинике госпитальной хирургии». Александр Михайлович настоятельно заверил, что это временно, на 2-3 месяца. В январе 1963 года я был в клинике. Там меня ждал сюрприз. Оказалось, что обещанного места больничного ординаторы уже не было. Осталось место анестезиолога. Деваться мне было некуда, а так как я был уже безработным – пришлось смириться. Хирурги работать анестезиологами не хотели, был дефицит специалистов. Анестезиологом в 1962 году я работал недолго, так как, неожиданно для себя, оказался в заграничной командировке.

С нового, 1965 года, я вышел на работу в клинику, снова на место анестезиолога. Хорошо, что это место было вакантным. Но любви к анестезиологии я так и не испытывал, а уважением к ней проникся! Тяжелая и нервная специальность: анестезиолог несет за больного ответственность наравне с хирургом, а иногда больше. В клинику пришел анестезиолог Н.С. Пичеев, многие оставались «доморощенными» – из хирургов, как я. Я продолжал давать наркозы и мечтать о хирургии. Давая наркозы, я всё время смотрел в операционную рану. Вот здесь сделано хорошо, надо запомнить, а вот здесь я бы сделал по-другому, – думал я.

Любовь к хирургии не позволила мне по-настоящему полюбить анестезиологию и я мечтал вернуться в хирургию. Вот уж истинная правда – первая настоящая любовь сильнее всех других!

Вскоре, после возвращения из заграничной командировки меня включили в график экстренных дежурств ответственным хирургом. Затем

через два месяца, закрепили за мной палату в «чистом» отделении, но к операционному столу не допускали.

Так я и работал наркотизатором, после наркоза шел в палату к своим больным, затем в ординаторскую писать истории болезни, на следующий день все повторялось сначала. По ночам писал диссертацию. Периодически ругался с шефом, требуя справедливости, но он упорно не давал мне хода в большую хирургию. Сколько бы это продлилось, не знаю, но помог случай. Александр Федорович Краснов в 1967 году стал ректором института, а с первого сентября – заведующим новой кафедрой госпитальной хирургии №2, которая, отделившись от первой госпитальной, стала одной из крупнейших в институте. Краснов предложил мне место ассистента на своей кафедре с перспективой заведующего общехирургическим отделением, когда оно откроется. Я с удовольствием согласился.

Так закончилась моя карьера анестезиолога, о чем я не жалею.

И.Л. Федотов
ОДНА, НО ПЛАМЕННАЯ СТРАСТЬ

Федотов Иван Лазаревич *родился в 1936 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1961 году. Работал хирургом в Сахалинской области. Ординатор, ассистент кафедры госпитальной хирургии с 1973 г., кандидат медицинских наук.*

В Куйбышев я вернулся из Сахалинской области, где работал хирургом после окончания института. В городской больнице № 2 имени Семашко мне предложили место анестезиолога. Подумав, я согласился. В 1965 году я прошел первичную специализацию по анестезиологии в клинике факультетской хирургии, руководимой профессором Г.Л. Ратнером. Под началом анестезиологов Г.И. Терезникова и Г.Л. Рубановича я осваивал новую для меня специальность. Помимо этого, мне посчастливилось и видеть, и принимать участие в технически более сложном проведении обезболивания сердечных операций – гипотер-

мии под интратрахеальным эфирно-кислородном наркозом. До сих пор я с благодарностью вспоминаю дружный, опытный и высококвалифицированный коллектив клиники факультетской хирургии, особенно ту его часть, в которую мне надлежало влиться – анестезиологов Г.Л. Рубановича, Т.В. Смирнову, Г.И. Терезникова, Э.С. Зильбермана, О.Т. Храмова, В.Д. Журавлева и др.

Так я стал первым анестезиологом и организатором анестезиологического отделения в городской больнице № 2 им. Семашко.

В 1968 году, по приглашению профессора А.М. Аминева, я перешел в клинику госпитальной хирургии. Надежда работать хирургом оставалась надеждой. Я продолжал работать анестезиологом в группе Ю.П. Балуева, М.Н. Елисеева, Г.И. Терезникова. В арсенале наркотических средств были эфир, закись азота, входивший в практику фторотан. Я не мог мириться с таким положением и хирургией занимался во время дежурств по экстренным дням клиники. С 1973 года я стал ассистентом той же кафедры. Оперировал больных с хроническими парапроктитами под спинномозговой анестезией. Анестезию проводил сам, используя раствор новокаина 2-3% от 1,5 до 2,5 мл с добавлением 0,5 мл 20% раствора кофеина-бензоат натрия. Затем приступал к выполнению операции.

Некоторые темы занятий приходилось изучать на базе клиники пропедевтической хирургии и осваивать методику проводниковой анестезии для выполнения вмешательств на верхней (кисти) и нижней (стопе) конечностях. Пользовался я «Методическими разработками по применению проводниковой анестезии при операциях на конечностях» (Куйбышев, 1969) А.В. Барского – заведующего кафедрой. Неоднократно наблюдал виртуозную технику в исполнении самого автора этого пособия по проводниковой анестезии.

В клинике госпитальной хирургии с середины 60-х годов XX века стали применять эндотрахеальный наркоз. Внедрение эндотрахеального способа общего обезболивания было сопряжено со сложным техническим обеспечением вмешательства, подбором наркотических средств, с составлением схем премедикации больных и выбором методики вводного наркоза. Первыми профессиональными анестезиологами клиники были Балуев, Елисеев и Пичеев. Какое-то время наркозы больным проводил автор этой статьи.

С открытием стоматологического факультета (1966 г.) и организацией кафедры хирургической стоматологии (1968 г.) вопросам анестезиологиче-

ского обеспечения стали уделять большое внимание. Сформировавшиеся в недрах клиники госпитальной хирургии клиника госпитальной хирургии №2 и хирургической стоматологии, заняли новое здание на ул. Пензенской, 226.

Хочу рассказать об анестезиологе Ю.П. Балуеве, с которым я долгие годы работал в клинике госпитальной хирургии. Юрий Павлович Бану св (1923 - 1998 гг.) участник Великой Отечественной войны. Его отличали высокий профессионализм, внимательное отношение к (вольным, оперативность и добропорядочность. Его советы и предложения находили понимание в коллективе. Оперировать больного с участием Ю.Н. Балуева было одно удовольствие. А само обезболивание и ранний послеоперационный период протекали без осложнений.

Юрий Павлович заслужил уважение сотрудников клиники тактом, культурой общения, серьезным отношением к работе. Свой опыт он передавал молодым анестезиологам. Не это ли историческая память об известном анестезиологе клиники медицинского университета?

З.А. Винокурова
ДОРОГОЙ МЕЧТЫ

Винокурова Зоя Александровна *родилась в 1948 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт им. Д.И. Ульянова в 1971 году. Ординатор, заведующая отделением клиники хирургической стоматологии. Ассистент той же кафедры с 1983 года.*

Оказание стоматологической помощи на амбулаторном приеме неразрывно связано с проблемой адекватной анестезии. Безболезненность проводимых вмешательств является одним из условий качества лечебных мероприятий, а также психоэмоционального состояния пациента при повторном обращении к стоматологу.

Уровень местной анестезии 70-х годов затруднял решение этих проблем. Это послужило толчком к развитию и внедрению в практику стоматолога амбулаторного наркоза. Поэтому, когда по возвращении в г. Куйбышев я

обратилась в областную стоматологическую поликлинику в поисках работы, мне была предложена должность анестезиолога. Заместителем главного врача поликлиники был А.И. Богатов, с которым мы учились на одном курсе в институте. Он же и убедил меня согласиться с этим предложением. Поскольку я очень далека была от анестезиологии, меня направили на специализацию в медицинский институт на кафедру хирургической стоматологии. Заведующей кафедрой являлась профессор М.А. Макиенко, за плечами которой был опыт лечения раненых в челюстно-лицевую область в годы ВОВ и реабилитации их в послевоенный период. Она, как никто другой, представляла себе важность устранения психоэмоционального напряжения и полноценного обезболивания при операциях в челюстно-лицевой области. Макиенко раньше других стоматологов поняла необходимость иметь на кафедре и в клинике специалистов, подготовленных для анестезиологического обеспечения, оказания неотложной помощи и реанимации больных стоматологического профиля. Азы анестезиологии, этой сложной и ответственной специальности, я изучала на кафедре факультетской хирургии (заведующий Г.Л. Ратнер) под руководством Чернышевой (заведующей отделением анестезиологии). Чуткое отношение и внимание ко мне всех сотрудников отделения позволило в короткий период полюбить и «вжиться» в эту профессию. Вторым и самым главным моим учителем и наставником стал В.К. Филатов.

Филатов возглавлял практическую работу по анестезиологическому обеспечению в клинике и учебный процесс на стоматологическом факультете по разделу «обезболивание».

После окончания специализации, Макиенко предложила мне остаться в клинике в качестве анестезиолога, я приняла это предложение.

Клиника и кафедра в то время располагалась на ул. Пензенской, 226 (ныне Тухачевской), где нашими «соседями» были кафедра и клиника травматологии и ортопедии.

Мы тесно сотрудничали с отделением анестезиологии и реанимации. Во время экстренных дежурств наркозы проводили сотрудники этого отделения. С теплотой и большой благодарностью я вспоминаю врачей Н.С. Пичеева (заведующего отделением), А.М. Старухина, В.И. Тихомирова, В.Ф. Крайнюкова, О.Н. Бобровскую (заведующую отделением), Н.П. Сергачеву, О.А. Порывай, Л.А. Иващенко. Многое я переняла и многому научилась у них. Однако следует заметить, что анестезиологи без особой охоты, а иногда и с опаской, давали наркозы нашим больным. В тот

период еще не было отделения детской стоматологии в больнице им. Калинина, не было отделения «Голова-шея» в онкологическом диспансере, поэтому самые тяжелые и сложные операции этого профиля делались в клинике хирургической стоматологии. Как правило, молодым врачам поручалась работа со сложными больными: с воспалительными процессами, травмой челюстно-лицевой области, опухолями, врожденной патологией. Это стало своего рода школой жизни по проверке знаний, умений, работоспособности. Виртуозно владея хирургической техникой, Макиенко, и к своим подопечным была очень требовательной. Операции затягивались до вечера, длились по 5-6 часов, а затем - конференции, кафедральные заседания, клинические разборы больных. Нередко расходились мы поздним вечером.

Под руководством Филатова был организован наркоз в амбулаторных условиях базовых стоматологических поликлиник (Областной и Октябрьского района) и там стали регулярно проводить наркозы.

Кроме Филатова анестезиологическое обеспечение осуществлял П.Ю. Столяренко.

Учитывая специфику стоматологических больных, проводилось много разработок по совершенствованию наркоза (интубация трахеи по проводнику при ограниченном открывании рта, сочетанное применение анальгезии и регионарной анестезии, варианты обезболивания у больных с воспалительными процессами и т. д.).

Правой рукой анестезиолога всегда была медицинская сестра-анестезист. Поэтому я не могу не вспомнить Л.М. Шеину (Сыроватко), Е. Ильину, М. Головачеву, Л. Губареву, А. Шевалееву, Т. Хлюпневу и др.

Однако со временем я начала заниматься хирургией, и меня это очень увлекло. Позднее мне была предложена должность ассистента кафедры хирургической стоматологии, и я дала согласие. Так моя карьера анестезиолога потихоньку закончилась.

В.М. Зотов

ОТ ПЕРВОЙ ПЯТИЛЕТКИ ВРАЧЕВАНИЯ – К ЗАВЕТНОЙ МЕЧТЕ

Зотов Валентин Михайлович *родился в 1942 году. Окончил Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко в 1969 году. В клиниках медицинского института – с 1970 года: 1970-1976 гг. – ординатор клиники хирургической стоматологии, 1976-1984 гг. – ассистент, 1984-1986 гг. – доцент кафедры хирургической стоматологии Куйбышевского медицинского института.*

С 1986 года – заведующий кафедрой ортопедической стоматологии. Доктор медицинских наук, профессор. Автор 85 научных работ, 17 изобретений и 65 рационализаторских предложений.

22 сентября 1970 года служебным переводом из больницы им. Н.И. Пирогова я был зачислен больничным ординатором клиники хирургической стоматологии Куйбышевского медицинского института им. Д.И. Ульянова. Утром, после пятиминутки, заведующая кафедрой профессор Мария Александровна Макиенко, пригласила меня в кабинет и объявила, что я должен вплотную заняться и овладеть основами практической анестезиологии. В то время анестезиологом клиники был Алексей Иванович Скитер. Можно было понять обеспокоенность Макиенко, так как сразу же после Нового года намечалась кадровая перестановка и А.И. Скитер переходил в клинику факультетской хирургии, под начало профессора Г.Л. Ратнера. Надо сказать, такое предложение меня ошеломило, но так как у меня не было другого выбора, то я вынужден был согласиться с таким решением Макиенко. Залогом предстоящего успеха были мои приличные базовые знания в медицине. Я приступил к изучению основ анестезиологии и делал больший акцент на практическую часть, на то рукоделие, без которого на первых порах невозможно было начинать самостоятельно работать. Естественно, мне помогал Скитер.

Начиная с 1971 года, я оставался единственным анестезиологом в клинике хирургической стоматологии. За два с половиной месяца я освоил

методику эндотрахеального, внутривенного, назофарингеального и масочного способов наркоза.

Четыре дня в неделю были операционными. Обширные и травматичные операции выполнялись под общей анестезией фторотаном, закисью азота в потоке кислорода. Вентиляция легких с применением мышечных релаксантов по полузакрытому дыхательному контуру – мешком аппарата «Наркон-2П». Учитывая зону действия хирургов – интубация проводилась назотрахеальная, в различных вариантах. Контроль глубины наркоза ограничивался измерением артериального давления и подсчетом пульса. Других объективных методов контроля ведения наркоза не было. В этом заключались особенности и трудности проведения наркоза при оперативных вмешательствах на лице и в полости рта.

Вскрытие одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области проводилось под внутривенным наркозом. В амбулаторных условиях манипуляции в полости рта выполнялись под назофарингеальным и масочным наркозом. При этом ротовая полость отгораживалась от ротоглотки марлевым тампоном или поролоновым на капроновой нити, тем самым гортань защищалась от попадания крови, зубной пыли или фрагмента зуба, слюны.

За два с половиной года было проведено более 900 наркозов без трагических последствий.

У больных с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава, опухолями шеи, интубацию трахеи проводили вслепую. Об одном из таких эпизодов вот что писала корреспондент газеты «Волжская коммуна» в 1973 году. Познакомившись с работой кафедры хирургической стоматологии, она опубликовала репортаж: «Они возвращают радость».

«Этого мальчика из Ульяновска я видела за час до операции. Несимметричное лицо, не открывается рот. Вот уже двенадцать лет он не может внятно разговаривать, нормально пережевывать пищу. Поэтому задержалось физическое развитие подростка. Этот дефект врачи объяснили так – челюстной сустав потерял подвижность. Его надо удалить и заменить искусственным. Подобные операции в стране делают немногие. Удача началась уже с анестезии. Молодой врач Зотов сумел дать больному общий наркоз через нос, то есть он вслепую отыскал трахею, а это далеко не просто. Обычно больным, не открывающим рот, наркоз подается через отверстие, проделанное в шее. Значит, требуется ещё одна, хоть и маленькая, операция. Зотов смог избежать этого».

Большую помощь в освоении новой специальности в эти годы оказывали мне Н.С. Пичеев и старшая операционная сестра – сестра-анестезистка Мария Павловна Бурлакова.

В конце 1971 года в клинику был приглашен анестезиолог Виктор Константинович Филатов, совместная работа с которым продолжалась до 1976 года. С этого времени основной объем работы выполнял уже он. Клиника укомплектовывалась кадрами анестезиологов. В 1972 году выпускник нашего факультета был принят в клинику целенаправленно. С приходом в клинику Павла Юрьевича Столяренко к проведению наркозов я привлекался уже реже, но продолжал совмещать дежурантом по экстренной анестезиологии в отделении анестезиологии клиник института. Это было время «возвращения блудного сына» в родное лоно. Началась карьера в хирургической стоматологии. Годы, проведенные в смежной специальности, научили меня многому.

Исполнялась моя заветная мечта – совершенствоваться в хирургической стоматологии.

В 1976 году ко мне обратилась заведующая отделением стоматологии дорожной поликлиники с просьбой оснастить всем необходимым кабинет с целью проведения под общим наркозом удаления и лечения.зубов в амбулаторных условиях. Просьба была выполнена, пациенты проявляли должный интерес к лечению зубов под наркозом. Я провел свыше 200 наркозов и передал эстафету и отработанную методику другому анестезиологу.

Наши пути разошлись, но дружба сохранилась, и я рад общению с анестезиологами как бывший коллега.

А.М. Старухин
БЛИКИ НА ПОРТРЕТАХ

За 45 лет работы анестезиологом и реаниматологом мне приходилось за советом, помощью обращаться к старшим коллегам, за что им остаюсь признательным, но часто и сам помогал другим. Так складывалась моя работа, когда я, к счастью, проводил анестезии при операциях, выполняемых профессорами: Г.Л. Ратнером, А.В. Барским, М.В. Шеляховским, И.Б. Солдатовым, М.А. Макиенко, А.Ф. Красновым, Н.М. Блинничевым, Л.А. Кудрявцевым, Р.А. Родкиной, С.А. Родкиным, В.И. Белоконевым в клиниках и базовых лечебных учреждениях.

Бесспорно, это памятные часы в моей врачебной работе.

Блики – это пятна памяти на портретах коллег, таких разных по сути, но одинаково одержимых своей новой профессией, ярких, талантливых, увлечённых.

Блики – это своеобразная гамма характеристик сотрудников, с которыми приходилось сообща работать, творить, беседовать, отдыхать или просто молчаливо присутствовать рядом с ними. Надо ли спрашивать, кому они, сподвижники, хорошо известны?

На эту профессиональную и бытовую память рассчитывал я, чтобы сохранить фамилии сотрудников отделения в истории клиник, в первую очередь, в истории обезболивания и реанимации. Если не всех, то хотя бы старших по возрасту и старших по должности, а также запомнившихся оригиналов. Они сообща съели не один пуд соли, рвали на себе рубахи, клятвенно заверяли в дружбе. Но это были только слова, словами и остались. Я предостерегаю других от ложного и надуманного толкования моих слов, как сентенции в адрес уважаемых коллег.

Время безжалостно стирает в памяти лица некогда близких нам по работе товарищей, должен кто-то сказать добрые слова о предшественниках наших, покинувших или ныне здравствующих соратниках по сложной и эмоциональной профессии.

Поэтому я буду вынужден сделать то, *чем пренебрегли другие,* без претензий на полноту оценки каждого из них. И делаю в той степени осведом-

ленности, с какой они раскрывались – естественностью поведения или оригинальностью самовыражения.

Несколько моих искренних фраз в их адрес, – уже скромная дань за их помощь, советы, за факт общения с ними в повседневной жизни.

О них мои, более чем скромные, слова. Нанося штрихи к портрету, я исходил из тех нравственных и материальных ценностей, которые господствовали в нашем обществе в те недалекие времена. Можно по-разному относиться к своему прошлому, но одно непреходяще – общечеловеческие ценности. В рамках таких ценностей я даю характеристику человеку.

ТЕРЕЗНИКОВ ГЕННАДИЙ ИВАНОВИЧ

(1935-2004 гг.) Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1959 году. Ординатор-анестезиолог клиники факультетской хирургии с 5 мая 1961 г. Первичная специализация по анестезиологии - в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинграде, с 6 февраля по 30 июня 1962 г. Первый заведующий отделением анестезиологии клиник с 1 октября 1963 года. Кандидат медицинских наук с 1967 года. Врач высшей квалификационной категории по анестезиологии.

Главный нештатный анестезиолог Куйбышевского областного отдела здравоохранения. Уволен переводом в штаты медицинского института с 1 октября 1970 года в связи с избранием на должность ассистента по анестезиологии и реаниматологии кафедры госпитальной хирургии.

Терезников является последователем Ленинградской школы анестезиологов. Он поддерживал отношения с профессором Ю.Н. Шаниным, получал повестки заседаний Ленинградского общества анестезиологов и, по его словам, иногда летал в Ленинград. Он первым в клинике использовал методику автоматической вентиляции легких по Шанину, используя прибор ДП-1, а для проведения наркоза – комбинацию ДП-1 и наркозный аппарат «ЭМО», с формированием вдыхаемой эфирно-кислородной смеси в объемных процентах.

С Терезниковым меня связывали не только производственные, но и личные отношения. Я его знал «вблизи и издалека». В беспристрастной оценке он таков, каким он себя проявлял.

Он совмещал в стационаре УВД (начальник Коньков), онкогинекологии госпиталя инвалидов ВОВ (С.А. Родкина), отделении гинекологии областной детской больницы (Красный крест, зав. отделением В.П. Агапова) и в 15-й гинекологической больнице (главный врач А.Л. Худякова).

После защиты кандидатской диссертации он утратил пуповинную связь с клиникой факультетской хирургии. Постоянно менялись кадры отделения анестезиологии и текучесть кадров становилась пугающей. Прибывающие на работу в отделение врачи убеждались в бесперспективности работы: отделение не имело палат интенсивного наблюдения, хирургические клиники были укомплектованы анестезиологами и переход в клиники был призрачным. Поработав и присмотревшись, анестезиологи уходили в другие больницы. Такое положение дел не устраивало и самого заведующего.

Организационно анестезиологическая служба уже сложилась и никаких перемен ожидать не приходилось. Но Терезников не терял надежд на лучшие времена. И вновь ему улыбнулась Фортуна. Он перешел на преподавательскую работу в клинику госпитальной хирургии по циклу «Анестезиология и реаниматология». Затем, неожиданно для всех, оставил работу и уехал из Куйбышева.

Геннадий Иванович много читал, его занимали детективы, которые он «проглатывал», как француз устриц.

Последние годы жизни Геннадия Ивановича были полной противоположностью его начальному оптимизму и многообещающей карьере.

КРАВЧИНСКИЙ ИСААК ВУЛЬФОВИЧ
(1941-2005 гг.). Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1965 году. В отделении анестезиологии клиник – с 28 сентября 1970 года по 12 сентября 1971 года.

Не зная человека, можно о нем сложить представление по одной выходке, черте характера или одному увлечению. Такая истина^ без погрешимости, рождалась на примере Исаака Вульфовича Кравчинского. В далеком, 1970 году, в распахнутую дверь комнаты, где ютилась анестезиологическая группа, вошел высокий худой человек, спросил заведующего отделением и представился, называя место своей работы - Колдыбанская центральная районная больница (Красноармейская). Справлялся о трудоустройстве в клиниках. Я ему предложил место дежуранта по экстренной анестезиологии. дальнейшая история со статьей мне не известна. В разговоре проявилось одно увлечение Кравчинского. На моем столе лежал почтовый конверт с какой-то символикой. Он попросил конверт и признался, что коллекционирует художественные украшения конвертов самой широкой тематики. После отпуска я привез ему огромный материал. дело в том, что у меня в курортно-курсовочном бюро Трускавца была знакомая, и в свободное время я помогал ей вскрывать письма со всего Советского Союза с запросами об условиях лечения в Трускавце. Часами я сидел с ножницами, словно портной, вырезая с лицевых сторон конвертов иллюстрации.

Конечно, работа в отделении Исаака Вульфовича не устраивала и он, уволившись, покинул клиники института. Но в памяти он оставил о себе мнение как о человеке открытой и доброй души, участливости и внимания к бедам других.

ХРАМОВ ОЛЕГ ТРОФИМОВИЧ

(1938 -19,..гг.) окончил лечебный факультет Куйбышевского медицинского института (1956-1962 гг.). Бессменный староста группы, которая была самой дисциплинированной и самой успевающей за все годы обучения.

С12 лет его воспитывала одна мать. В студенческие годы работал санитаром. Увлекался хирургией и анестезиологией. Много дежурил по хирургии, в клинике. Характеризовался активным, дисциплинированным, целеустремлённым и увлекающимся студентом. В спецгруппе изучал английский язык. На кафедре факультетской хирургии окончил клиническую ординатуру по анестезиологии, а затем и целевую аспирантуру. За подготовку медицинских сестёр-анестезисток имел благодарность Областного отдела здравоохранения (1962 г.).

Работал анестезиологом в клинике факультетской хирургии.

Бесспорно, он был самой яркой личностью среди молодых начинающих анестезиологов в клинике факультетской хирургии. Мое знакомство с ним относится ко времени моей первичной специализации по анестезиологии в клинике профессора Г.Л. Ратнера. Я был предоставлен самому себе, и если в теоретическом отношении что-то и слышал, то этому был обязан Храмову. В то время эфирный наркоз проводился масочным способом при сохраненном самостоятельном дыхании. В углу операционной стояли два 40-литровых баллона, закрытые простыней. Баллон голубого цвета заряжен кислородом, а черного цвета – углекислотой. Я поинтересовался у Храмова предназначением углекислоты. Олег ответил, что, согласно общепринятой точке зрения, углекислота необходима для стимуляции дыхательного центра и поддержания эффективного самостоятельного дыхания, в концентрации 4% к вдыхаемой смеси. С переходом на искусственную вентиляцию легких через интубационную трубку такая необходимость отпала. Храмов много читал: периодическую литературу, переводил с английского. У нас сложились товарищеские отношения, сохранившиеся в дальнейшем и тогда, когда я перешел работать в клиники. Свои мысли, догадки, гипотезы он шлифовал на аудитории начинающих. Вне всяких

сомнений, он был самым осведомленным и начитанным среди анестезиологов. И в том нет ничего удивительного. Во-первых, он первым закончил целевую ординатуру для работы за границей, а так как поездка (командировка) не состоялась, то он поступил в очную аспирантуру по анестезиологии и реаниматологии на кафедру факультетской хирургии. Его увлекла идея определения насыщения тканей кислородом и внедрение методики определения в повседневную практику. Он проводил сеансы в барокамере, но каждый раз испытывал досаду по поводу выхода из строя электрода Кларка и обращался к заводу-изготовителю прибора и в Казань. Исследования шли с трудностями, а его увлеченность опережала результаты наблюдений и уводила Храмова за рамки темы научной работы. Если делать выбор между целенаправленностью и полетом фантазии, то он отдал бы предпочтение последней.

На одном из очередных заседаний кафедры Храмов отчитывался о результатах научного исследования. Профессор Ратнер как научный руководитель остался недоволен ходом выполнения плана и в очередной раз предостерегал о необоснованности расширения задачи, выходящей за рамки согласованных исследований. И рассказал случай из жизни аспиранта, как показательный пример такой бесперспективности в области физики. Некий аспирант на очередной отчет о проделанной работе не смог представить результаты исследования, ссылаясь на отсутствие перьев для ручек. Подобное повторилось и на следующем слушании. Когда руководитель поинтересовался, чем он занимался и на что потратил время, то выяснилось, что аспирант стал обладателем уникальной коллекции писчих перьев.

Увлеченность, череда идей и мыслей стали пагубными проявлениями научного поиска и творчества. Аспирантский срок истекал, Храмов ничего не смог представить руководителю и, приняв предложение Рубановича переехать работать в Москву, покинул Куйбышев.

13 декабря 1987 года я видел Олега Трофимовича последний раз. Я попросил его встретиться для беседы. Мы гуляли по новому Арбату, проспекту Калинина, проходили мимо родильного дома им. Грауэрмана, в котором он совмещал. Но это был уже другой человек. Внутренняя сосредоточенность и безжизненное выражение лица – печать усталости и разочарования.

По слухам, финал столичной жизни для Олега Трофимовича был трагичным.

ЗИЛЬБЕРМАН ЭММАНУИЛ САМСОНОВИЧ

родился в 1938 году. Куйбышевский медицинский институт окончил в 1962 г. В клинике факультетской хирургии с февраля 1964 г.

Заведовал отделением реанимации клиники с 1970 г., отделением анестезиологии клиник с 1975 г. В клиниках университета с 1964 по 1976 гг. Кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория по анестезиологии и реаниматологии.

Сразу же делаю оговорку, профессиональная эрудиция Эммануила Самсоновича – вне всяких сомнений. Наше знакомство длится более четырех десятилетий. В течение этого времени отношения не омрачались взаимной неприязнью. Но что бы я ни написал о Зильбермане, оценка всех читателей будет однозначной: «Все мы разные!» А кто с этим спорит? На начальном этапе своей работы Зильберман проявлял к окружающим нетерпение. Заведующая отделением клиники Т.В. Смирнова считала его человеком ответственным в работе.

МАНЕЛИС ЭММАНУИЛ СОЛОМОНОВИЧ

(1945-2006 гг.). Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1968 году. Ординатор отделения анестезиологии клиник с 6 октября 1971 по июнь 1975 г.

Два высших образования – медицинский институт и электротехнический институт связи. В 1996 году окончил Европейскую академию анестезиологии. Анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории. С 1992 г. доктор медицинских наук. Автор 90 статей, 10 изобретений и 1 монографии.

Предложенный им метод немедикаментозного обезболивания нашел широкое применение в практике родоразрешения.

Он оставался человеком скромным, замкнутым и даже, казалось, нелюдимым. Не для каждого он был открыт и не с каждым вступал в открытую беседу. Его ожидала завидная перспектива, но, как говорят, появился он не в нужное время и не в нужном месте. Его природные способности позволяли ему покорять и удерживаться на любой высоте про-

фессионального восхождения. Но судьба распорядилась иначе – вмешались обстоятельства международной политики: испортились отношения СССР с правительством Израиля и отзвуки этой агрессии, с подачи Великобритании, достигли кабинетов советских политиков. Манелису отказали в приеме в клинику, и Эммануил Соломонович оказался в отделении анестезиологии в роли дежуранта.

Во время работы в отделении клиник он усиленно занимался в электротехническом институте связи. Не знаю, из каких источников об этом узнал заместитель по лечебной работе А.И. Сандрюков, – но однажды он высказал ворчливое недоумение по поводу намерения Манелиса и сказал, что в СССР запрещено получение второго высшего образования. Манелис – единственный среди моих знакомых врачей, имевший высшее медицинское и высшее техническое образование, действительно ли были ограничения для второго высшего образования? Вопрос я опускаю по причине некомпетентности.

Оторванный от атмосферы клиник, Эммануил Соломонович погрузился в житейские заботы. В книге «Моя профессия - хирург, заведующий кафедрой» Г.Л. Ратнер описывает процедуру конкурса на замещение вакантной должности заведующего вновь организованной кафедры анестезиологии и реаниматологии. Это совпало со временем, когда зарплата в здравоохранении была значительно выше вузовской. Встретившись и побеседовав с преподавателями, Манелис принял решение отказаться от карьеры ученого. Это было, по моему мнению, роковой ошибкой и настоящей трагедией человека завидных нереализованных возможностей.

СМИРНОВА ТАМАРА ВЯЧЕСЛАВОВНА

(1932-2015 гг.). Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1956 году. В клинике факультетской хирургии с 1960 года – ординатор, заведующая отделением (1970-1976 гг.). Высшая квалификационная категория по анестезиологии и реаниматологии, кандидат медицинских наук.

Т.В. Смирнова в числе тех, кто отказался от участия в коллективном сборнике по истории обезболивания в клиниках университета. Я был поставлен перед фактом вынужденного освещения некоторых сторон производственных отношений. Вспоминается Козьма Прутков: «Что скажут о тебе другие, коли ты сам о себе ничего сказать не можешь?» Наши контакты на уровне заведующих сводились к согласованию двух основных вопросов. Первый, и самый наиболее чувствительный для обеих сторон, обезболивание вмешательств – экстренных и плановых – на стыке смен: утренних – для врачей отделения анестезиологии и после 15 часов – для анестезиологов клиники факультетской хирургии. Последние настаивали на завершении обезболивания плановых операций в клинике врачами отделения анестезиологии, а также оперативных вмешательств в дни экстренного дежурства клиники факультетской хирургии. По этому поводу трения между анестезиологами клиники факультетской хирургии и врачами отделения анестезиологии носили затяжной и конфликтный характер.

Второй вопрос касался содействия в обеспечении клиники баллонами закиси азота для кардиологических больных. В этом не было никаких недоразумений. Поскольку научным руководителем моей работы был проф. Г.Л. Ратнер, то я был вынужден работать в операционной клиники и наши производственные отношения не были тому помехой. По работе я недостаточно знал Тамару Вячеславовну, чтобы характеризовать её, как специалиста, и оставляю эту сторону на совести коллег клиники, которые работали с ней не одно десятилетие.

КОРОБКОВ ЛЕВ ПАВЛОВИЧ

(1940-1983 гг,). Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1962 г.

В клинике факультетской хирургии был одним из самых нейтральных сотрудников. Отношения со всеми у него были ровными, ибо он отличался уравновешенным характером и открытостью.

Я затрудняюсь характеризовать его как специалиста, но у меня не было повода для насторожен-

ного к нему отношения. В свободные минуты иногда опускался на первый этаж, и мы вели между собой будничные разговоры. У меня о нём сложилось положительное впечатление. К сожалению, жизнь его имела трагический конец.

САЛМАТОВ ЮРИЙ НИКОЛАЕВИЧ

(1931-1977 гг.). Окончил Чкаловский государственный медицинский институт в г. Оренбурге (1949-1955 гг.). Работал главным врачом и хирургом районной больницы в Заполярье. С 1958 г. – ординатор клиники обшей хирургии Куйбышевского медицинского института, 1959-1960 гг. – специализация в лаборатории анестезиологии института грудной хирургии АМН СССР. Участник Всероссийских симпозиума и конференции хирургов и анестезиологов. Кандидат медицинских неук (1967 г.). Автор 15 научных работ, анестезиолог первой клиник (видимо и не только он), был третьим по счету кандидатом медицинских наук, помимо Г.Л. Рубановича и Г.И. Терезникова.

Не представляю, какие обстоятельства или кто конкретно вдохновил Юрия Николаевича на столь долгий и тягостный труд – работу над кандидатской диссертацией. Но, как свидетельствует врач той же клиники Валерий Николаевич Рогачев, в оформлении материала в кандидатскую диссертацию был заинтересован Г.Л. Рубанович.

Салматов был среднего роста, очень тучный, с живыми карими глазами и рано облысевший. Хочу отметить его трудолюбие и исполнительность. Для отделения анестезиологии клиник он постоянный и самый надежный совместитель. На шутку: «Не много ли он дежурит?», отвечал подобной шуткой: «Нет, не много». И добавлял: «Лучше спать на работе за деньги, чем дома бесплатно».

От своих предшественников мы приняли эстафету наркоза по открытому и полуоткрытому дыхательному контуру, с большим расходом эфира и высокой его концентрацией в операционной. С внедрением в клинике эндотрахеального способа эфирного наркоза связан один из рассказов профессора А.В. Барского. «С переходом на новый метод подачи эфира, значительно уменьшился его расход на операцию, стала иной атмосфера в операционной. И когда я возвращался после работы домой, жена непременно спрашивала о том, работал ли я в операционной, так как я уже не благоухал эфиром».

Личная жизнь Юрия Николаевича оставалась неустроенной, женился он поздно, брак оказался неудачным и не оправдал его надежды. Жизнь Салматова оборвалась трагически...

БАЛУЕВ ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ *(1923-1998 гг.). анестезиолог и реаниматолог клиники госпитальной хирургии (1962-1976 гг.). В клиниках университета с 1955 по 1994 год. Четвертый по счету заведующий отделением анестезиологии клиник (1976-1985 гг.). Анестезиолог и реаниматолог высшей квалификационной категории. Отличник здравоохранения. Участник Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Награжден орденом Красной звезды, орденом Отечественной войны и многими медалями.*

Он был прост во всём. Одинаково проявлял в беседе интерес к сестре, санитарке, врачу, без какой-либо заносчивости, превосходства или высокомерия. Это важно, учитывая его две командировки в африканские страны. В области классического обезболивания имел большой опыт работы.

С любой точки зрения Юрий Павлович заслуживал положительной характеристики, а к работе относился серьезно, добросовестно и прилежно.

Он совмещал по экстренной анестезиологии в отделении клиник. Обстоятельно отчитывался за свою смену спокойной скороговоркой. Да и возмущался он до странности спокойно и тихо, словно его это не касалось.

Балуев долгие годы избирался членом профкома клиник. Всё время он был для рядовых членов профсоюза, рупором всех споров и решений профкома.

ЕЛИСЕЕВ МАРАТ НИКОЛАЕВИЧ *(1932-2014 гг.). Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1957 году. В клиниках госпитальной хирургии с 20 сентября 1966 года. Кандидат медицинских наук, имел высшую квалификационную категорию по анестезиологии и реаниматологии. Ассистент кафедры госпитальной хирургии по циклу «Анестезиология и реаниматология» с 1 марта 1974 г. по 2 сентября 1993 г.*
Имел хорошую теоретическую базу. Обладал

большим опытом проведения анестезии при длительных и травматичных вмешательствах в проктологии. Был наделен аналитическим даром, прекрасно обобщал опыт работы с последующей публикацией результатов клинического наблюдения. Хорошо владел практическими навыками. Автор многих статей, методических пособий и рационализаторских предложений. Требовательный педагог. Никаких поблажек студентам. Умелый полемист – нестандартные суждения могли приводить собеседника в недоумение. Бывал резок до открытого неприятия собеседника. Пренебрежение основами предоперационной подготовки больных он принимал на свой счет, как личное унижение и возмущался в адрес сотрудника кафедры, независимо от его занимаемой должности.

ФИЛАТОВ ВИКТОР КОНСТАНТИНОВИЧ
(1938-2002 гг.). Окончил Куйбышевский медицинский институт. В клиниках медицинского университета с 1971 г. Анестезиолог-реаниматолог клиники хирургической стоматологии, кандидат медицинских наук. Высшая квалификационная категория по анестезиологии и реаниматологии.

Филатов... Мне представляется, что у него была инициатива и устремленность к научному поиску. Работа носила клиническую направленность, и Виктора Константиновича можно было всегда застать за работой в специально оборудованной наркозной комнате. Не могу сказать, кто из сотрудников клиники внушил ему важность такого шага.

Лично мне Виктор Константинович импонирует больше как человек, нежели как анестезиолог. Всегда деликатный, спокойный и уважительный к просьбам своих сотрудников, и не только к ним. Он нравился женской половине клиники своей обходительностью, ясностью и открытостью взгляда, а здоровый цвет лица (румянец на щеках) приводил их в умиление. Мне кажется, такому восприятию Филатова в клинике во многом способствовала его застенчивость. Дело в том, что ребенок Виктора Константиновича страдал тяжелым недугом.

В области хирургической стоматологии как анестезиолог, он был бесспорным авторитетом. Он много совмещал в стоматологических поли-

клиниках и заслужил авторитет в мире стоматологов. Это небанальная оценка Виктора Константиновича как специалиста, – ибо он был завидным профессионалом, многое внедрил в практику анестезиологического пособия в хирургической стоматологии.

К сожалению, жизнь его имела печальный исход.

ЗИМНЕВ БОРИС НИКОЛАЕВИЧ

(1926-19.. гг.). Родился в Ульяновской области. ‘ В войне 1941-1945 гг. не участвовал. Успешно сдал вступительные экзамены (1947 г.) и окончил Куйбышевский медицинский институт в 1953 г.

В студенческие годы увлекался хирургией и урологией. Получил положительную характеристику, заверенную зав. кафедрой факультетской хирургии А.Г. Бржозовским и нештатным главния Смеловским.

Фамилия этого анестезиолога звучала в разговорах коллег, когда я проходил первичную специализацию в клинике факультетской хирургии в 1964 г.

К тому времени Борис Николаевич уже не работал в клинике госпитальной хирургии. Нынешнее старшее поколение клиники госпитальной хирургии такого сотрудника не помнят и не знают вообще.

П.Ю. Столяренко, И.М. Федяев

ИСТОРИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

СТОЛЯРЕНКО ПАВЕЛ ЮРЬЕВИЧ

родился в 1949 г., окончил Куйбышевский государственный медицинский институт в 1972 г., кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Самарского государственного медицинского университета. Лауреат международной премии им. Т.И. Ерошевского в области медицинской геронтологии. Победитель первого Всероссийского профессионального конкурса «Обезболивание и неотложная помощь в стоматологии». Руководитель регионального центра Российской секции по обезболиванию в стоматологии, член Европейской ассоциации по развитию обезболивания в стоматологии, член Всемирной федерации обществ анестезиологии в стоматологии.

ФЕДЯЕВ ИГОРЬ МИХАЙЛОВИЧ

родился в 1939 году. Окончил Московский медицинский стоматологический институт в 1962 году. Защитил кандидатскую диссертацию в 1969 г., а докторскую – в 1984 году. С1979 года и по настоящее время заведует кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Заслуженный врач России, член правления Российской и президент Самарской ассоциации стоматологов. Под его руководством выполнено 8 докторских и 14 кандидатских диссертаций. Автор трех монографий и сотен статей.

В Самаре на трёх хирургических кафедрах нашего университета (госпитальной, факультетской и пропедевтической) до середины 50-х годов прошлого века наиболее широко использовались масочный и ректальный

наркоз, а также спинномозговая анестезия. Основными анестетиками были эфир и новокаин. Эндотрахеальный наркоз наиболее часто проводился на кафедре факультетской хирургии. Связано это было с разработкой операций на лёгких. На кафедре госпитальной хирургии (заведующий – профессор А.М. Аминев) больных с челюстно-лицевой патологией стали оперировать под эндотрахеальным наркозом с середины 60-х годов прошлого века (резекция нижней, верхней челюстей, экстирпация языка, уранопластика и хейлопластика у детей с врождёнными пороками лица).

Путь развития эндотрахеального наркоза в челюстно-лицевой области был сопряжён не только с его сложным техническим обеспечением, но и с подбором ингаляционных и неингаляционных анестетиков. Отрабатывались методы премедикации, вводного наркоза. Тяжёлым осложнением, приводившим к летальному исходу больных с челюстно-лицевой патологией, была незапланированная экстубация из-за ненадёжной фиксации стандартного тройника на груди пациентов. Интубационная трубка, введённая через рот, мешала при проведении хирургических вмешательств в полости рта. Для устранения этого недостатка И.М. Федяевым и А.М. Барановым в 1965 году были предложены тройник и коннектор, которые крепились ко лбу больного. Это позволило надёжно фиксировать эндотрахеальную трубку и во время хирургического вмешательства избегать случайной экстубации, особенно у детей во время уранопластики. Тройник и метод его фиксации на лбу больного до настоящего времени используется на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

Первыми профессиональными анестезиологами на кафедре госпитальной хирургии были Борис Николаевич Зимнев, Юрий Павлович Балуев и Марат Николаевич Елисеев. Медсестрами-анестезистами работали Д.А. Зимукова и М.П. Бурлакова, позже – С.В. Кравченко, затем Ж.Б. Лернер, а анестезистом был В.В. Кравченко (в настоящее время он является директором ООО «Клиника доктора Кравченко», доцент СамГМУ).

С открытием стоматологического факультета в Куйбышевском медицинском институте в 1966 году и организацией кафедры стоматологии 25 сентября 1968 года, а затем и кафедры хирургической стоматологии (заведующий – профессор М.А. Макиенко) вопросам анестезиологического обеспечения стали уделять большое внимание. У профессора Макиенко за плечами был опыт лечения раненых в челюстно-лицевую область в годы Великой Отечественной войны.

Она, как никто другой, представляла себе важность устранения пси-

хоэмоционального напряжения и полноценного обезболивания при операциях в челюстно-лицевой области. М.А. Макиенко раньше других стоматологов поняла необходимость иметь на кафедре и в клинике специалистов, подготовленных для анестезиологического обеспечения, оказания неотложной помощи и реанимации больных стоматологического профиля.

После переезда клиники хирургической стоматологии в здание на ул. Пензенской, 226, первым анестезиологом там был Алексей Иванович Скитер (с 1971 по 1972 год). Анестезисткой с ним работала Нина Калякаева. Короткий период проводил наркозы Владимир Кузьмич Поленичкин (в настоящее время – заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, д.м.н., профессор, академик АТН, академик МАИСФ). По экстренной помощи в этот период наркозы проводили анестезиологи из клиники травматологии и ортопедии Николай Сергеевич Пичеев (заведующий отделением с 1970 по 1981 гг.), Александр Михайлович Старухин, Валерий Иванович Тихомиров, Владимир Иванович Скотников, Михаил Юрьевич Рухлядев. В последующие годы в содружестве со стоматологами работали Владимир Федорович Крайнюков (работает с 1974 года по настоящее время), Иван Филиппович Гаврилов (заведующий отделением в 1981-1984 гг.), Ольга Николаевна Бобровская (заведующая отделением с 1984 по 2004 г.), Наталья Петровна Сергачева, Евгения Викторовна Двойникова, Ольга Анатольевна Порывай, Людмила Александровна Иващенко, Владимир Петрович Болонкин (в настоящее время главный врач стоматологической поликлиники № 2 и профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии).

В стоматологическом отделении в начале 70-х годов при плановых операциях наркозы в стационаре проводили ординатор клиники хирургической стоматологии Валентин Михайлович Зотов (в настоящее время профессор кафедры ортопедической стоматологии), старший лаборант кафедры хирургической стоматологии Владимир Викторович Бережнов (кандидат медицинских наук, сейчас он работает в отделении детской стоматологии областной клинической больницы), Зоя Александровна Винокурова и старшая операционная сестра Мария Павловна Бурлакова. Она выполнила первый амбулаторный наркоз заки-

сью азота с кислородом на аппарате АН-2 при удалении и лечении зубов. Было это в стоматологическом кабинете клиники хирургической стоматологии.

В 1971 г. профессор Макиенко пригласила на должность ассистента кафедры хирургической стоматологии анестезиолога из отделения травматологии и ортопедии Виктора Константиновича Филатова. Ему предстояло организовать не только практическую работу по анестезиологическому обеспечению в клинике, но и учебный процесс на стоматологическом факультете по разделу «Обезболивание», а также амбулаторный наркоз в базовых стоматологических поликлиниках (Областной и Октябрьского района). Следует отметить высокие профессиональные качества Филатова. Выполняя большой объём лечебной работы, он сумел подготовить много стоматологов по анестезиологическому обеспечению и оказанию неотложной помощи в стоматологии, в том числе и одного из авторов этой статьи. Его и профессора Макиенко статья в журнале «Стоматология» о преподавании частной анестезиологии студентам стоматологического факультета, хотя и была опубликована в порядке дискуссии, тем не менее, имела большой резонанс и в то время была очень полезна преподавателям этой дисциплины. Ассистент Филатов в 1984 году в Московском медицинском стоматологическом институте защитил кандидатскую диссертацию по теме «Комбинированный наркоз сомбревином и газонаркотической смесью фторотана, закиси азота и кислорода при амбулаторных стоматологических вмешательствах» (14.00.21 – стоматология, 14.00.37 – анестезиология и реаниматология).

В 1972 г. в клинику хирургической стоматологии профессор Макиенко пригласила на должность больничного ординатора выпускника стоматологического факультета Павла Юрьевича Столяренко с условием совмещения работы в качестве хирурга-стоматолога и анестезиолога. В 1970-80-е годы в клинике хирургической стоматологии осуществлялась интенсивная лечебная и научная работа, в том числе и по анестезиологии. Проводилось много наркозов, как в стационаре, так и в поликлиниках. Разработана новая методика – интубация трахеи по проводнику при ограничении открывания рта (модифицирован способ Waters с использованием фибробронхоскопа). Авторы: Филатов, Столяренко, Бережнов. Метод позволил уменьшить показания к трахеостомии для проведения наркоза. Внедрены новые препараты – сомбревин (Филатов), калипсол (Столяренко).

В 1987 г. Столяренко предложил и внедрил в клиническую практику новый метод обезболивания – продлённую проводниковую блокаду 2 и 3-й ветвей тройничного нерва с помощью катетера – который с успехом используется 20 лет. Сочетанное применение анальгезии и регионарной анестезии позволяет уменьшить риск анестезиологических осложнений при операциях в челюстно-лицевой области и обеспечить обезболивание в послеоперационном периоде без назначения наркотических анальгетиков и угнетения кашлевого рефлекса. Разрабоганы новые методы диагностики и профилактики бронхолёгочных осложнений у больных с воспалительными процессами, травмой, деформациями и новообразованиями челюстно-лицевой области, что повысило эффективность и безопасность хирургического лечения, позволило снизить летальность. Автором впервые разработаны методы прижизненной диагностики аспирации содержимого полости рта во время эндотрахеального наркоза при операциях в челюстно-лицевой области. Для выявления скрытой дыхательной недостаточности предложен новый метод функциональной диагностики – назальная электромиография (соавторы И.М. Байриков, М.Н. Шакиров). С целью профилактики бронхолёгочных осложнений введен метод волнового вибропневмомассажа с помощью аппарата «БИОМ-ПУЛМО». Внедрён мониторинг сердечно-сосудистой деятельности и газообмена в амбулаторной стоматологической практике, даны рекомендации по обезболиванию у пациентов пожилого возраста и с факторами риска. Впервые в отечественной литературе опубликован цикл работ по истории обезболивания в стоматологии, фрагменты которых включены в 1-й и 2-й том интерактивной энциклопедии «История мировой анестезиологии». Раскрыты многие малоизвестные факты из истории анестезии, биографии учёных, иллюстрации и документы. Кандидатская диссертация П.Ю. Столяренко на тему «Профилактика и лечение нарушений внешнего дыхания у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи» (14.00.21 – стоматология, 14.00.37 – анестезиология и реаниматология) защищена в 1980 г. в Московском медицинском стоматологическом институте им. Н.А. Семашко.

Бережнов В.В. в 1994 г. в Самаре защитил кандидатскую диссертацию по теме «Обоснование методов обезболивания у больных с переломами нижней челюсти при различных способах остеосинтеза» (14.00.21 – стоматология). Автором проведена комплексная оценка различных видов обезболивания у больных с переломами нижней челюсти с позиции

поликардиографических, реоэнцефалографических исследований, изменений кислотно-основного состояния, объёма циркулирующей крови и её компонентов, электролитов плазмы, фазовый анализ сократительной функции миокарда на различных этапах обследования и оперативного вмешательства. Впервые изучены показатели температуры кожи в симметричных точках-проекциях выхода периферических ветвей тройничного нерва на этапах репозиции костных отломков, определены потоотделительные показатели. На основании этих исследований Бережнов разработал и внедрил в практику показания к использованию различных видов обезболивания (местное, местное в сочетании с препаратами для нейролептанальгезии, эндотрахеальный наркоз).

Следует отметить медсестер-анестезистов, которые в разные годы работали в отделении. Это Лидия Ивановна Шеина-Сыроватко, Алла Шевалеева, Татьяна Хлюпнева, Галия Галимова, Вера Абзипарова, Елена Ильина, Марина Головачева. Людмила Ивановна Губарева (работает с 1986 года по настоящее время) – скромные, исполнительные труженицы анестезиологической службы.

А.П. Чернов
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ГЛАЗАМИ ХИРУРГА-ОРТОПЕДА

В ортопедии жук известный,
Речист, магнитен, пузом туг,
Боюсь сказать о нём нелестно,
Пусть скажет «Ревизора» круг!
А. Старухин

ЧЕРНОВ АЛЕКСЕЙ ПЕТРОВИЧ *родился в 1934 году. Окончил военно-медицинский факультет Куйбышевского медицинского института в 1958 году. В клиниках института с 1964 года. С 1966 года – на кафедре травматологии, ортопедии Куйбышевского медицинского института последовательно: ординатор, ассистент, доцент, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ. Получил премию Лауреата государственной премии РФ в области науки и техники за комплекс работ по сухожильно-мышечной пластике.*

В 1964 году, прослужив в армии 5 лет в качестве врача части, поступил в клиническую ординатуру на кафедру госпитальной хирургии. С самого начала обучения в ординатуре меня привлекала хирургия опорно-двигательной системы. Уже на втором году обучения выполнял самостоятельно операции на стопе. «Малые» операции проходили в небольшой операционной, обычно под масочным эфирным наркозом. Наркоз проводила медицинская сестра под контролем оперирующего хирурга или ассистента. Ежедневно – 2-3 операции; за все время работы осложнений от наркоза не было. Операции на пальцах стопы производили под местной анестезией.

Вскоре получил тему кандидатской диссертации: «Корригирующие операции на коленном суставе». Корригирующие остеотомии на бедре и большеберцовой кости выполняли под наркозом масочным или эндотрахеальным. Наиболее удобным для хирурга был эндотрахеальный наркоз. При указанном обезболивании тело пациента можно было располагать в различных плоскостях и придавать положение на спине, боку, животе. Эндотрахеальный наркоз позволил существенно расширить объем оперативного вмешательства на нижних конечностях, т.к. время нахождения под наркозом можно было увеличивать многократно. Выполнены были сотни операций на нижних конечностях с использованием эндотрахеального наркоза. Тяжелых осложнений от эндотрахеального наркоза мы не наблюдали.

В 60-70-е годы у отдельных пациентов применяли внутрикостную анестезию раствором новокаина при выполнении операции на стопе, голени и коленном суставе. Серьезным недостатком внутрикостной анестезии является сложность, большой дискомфорт для больных при выполнении анестезии. Широкого распространения в клинике внутрикостная анестезия не получила.

С начала 90-х годов при операциях на нижних конечностях в отделениях клиники стала использоваться спинальная анестезия. Она широко применялась профессором А.П. Евстроповым в 50-60-х годах.

Возврат к спинальной анестезии в середине 90-х годов с применением новых анестетиков дал новый импульс к развитию хирургии нижних конечностей.

Г.Х. Валиахметова
С БЛАГОДАРНОСТЬЮ ВСПОМИНАЮ

ВАЛИАХМЕТОВА ГАЛИЯ ХАРИСОВНА
родилась в 1943 году. Окончила Куйбышевский государственный медицинский институт в 1968 году. Анестезиолог и реаниматолог высшей квалификационной категории. Клиническая ординатура по специальности на кафедре факультетской хирургии в 1972-1974 гг. Работала по специальности в дорожной больнице станции Самара. С 2000 года анестезиолог-реаниматолог «Открытого акционерного общества медицинской компании «Инкубатор доктора Карнауха».

В клинику факультетской хирургии я пришла в качестве клинического ординатора в 1972 г. совсем еще молодым анестезиологом, имея за плечами всего 4 года работы по специальности.

О том, что кафедра факультетской хирургии является в г. Куйбышеве и области пионером во многих областях хирургии и анестезиологии, я знала еще со студенческих лет. Гремели такие имена, как С.Л. Либов, Г.Л. Ратнер, Г.Л. Рубанович. К сожалению, я уже не застала в клинике Либова и Рубановича, но традиции и дух школы, созданные этими людьми, остались. Они поддерживались такими яркими представителями, как А.Н. Суетин, Т.В. Смирнова, Н.И. Чернышева, О.Т. Храмов, К.С. Скловская, А.А. Борок (с последним я в дальнейшем четверть века работала в дорожной больнице станции Куйбышев и с гордостью считаю себя его ученицей). С благодарностью вспоминаю Суетина и Скловскую, которые учили меня премудростям послеоперационного ведения пациентов и больных, нуждавшихся в интенсивной терапии. А таковых в реанимационном отделении клиники факультетской хирургии было много и в большом разнообразии. Это и больные с миастенией, столбняком, газовой гангреной, и с различными тяжелыми нарушениями сердечного ритма, которые были подключены к кардиостимуляторам и водителям ритма. Впервые здесь же я освоила основы ГБО-терапии, службу которой возглавлял А.А. Ненашев. С неменьшей благодарностью вспоминаю Т.В. Смирнову, которая всегда брала меня в помощники во время проведения анестезии при операциях на

открытом сердце с применением гипотермии и аппарата искусственного кровообращения. Очень многому научила меня Н.И. Чернышева, которая в то время занималась проблемами обезболивания операций по поводу симптоматических гипертоний (опухоли надпочечников, стенозы почечных артерий, коарктации аорты и т. д.).

С теплотой вспоминаю и всех остальных, тогда еще совсем молодых анестезиологов: Л.А. Серафимович, Л.П. Самарину, Л.И. Герасимову, ГС. Кулимину.

Кроме анестезиологов хотелось бы добрым словом вспомнить В.Н. Калужских, А.М. Голованова, В.Д. Иванову, З.И. Левину, В.П. Полякова, В.Н. Чернышева, И.Н. Денисова, М.Г Щеглова и многих других.

В клинике всегда царил дух творчества, особой теплоты, взаимопонимания. Это была для меня настоящая школа как в профессиональном, так и в общечеловеческом плане.

Ю.Н. Плохов
В КАЛЕЙДОСКОПЕ ДНЕЙ

ПЛОХОВ ЮРИЙ НИКОЛАЕВИЧ *родился в 1939 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1968 году.*

В 1971 году я был принят на должность ординатора клиники пропедевтической хирургии. Мой статус изменился после трагического ухода из жизни анестезиолога клиники Салматова Юрия Николаевича. Это случилось с 8 на 9 мая 1976 или 1977 года, точно не помню. Под постоянным давлением заведующей отделением С.А. Школьниковой долго я находиться не мог и вынужден был временно изменить свою специальность. Я прошел первичную специализацию по анестезиологии в клинике факультетской хирургии у профессора Г.Л. Ратнера. Моим наставником была Н.И. Чернышева. Работал анестезиологом я около года. Когда операции планировали на два операционных стола одновре-

менно, в клинику поднимался стажер В.И. Дразнин. Он проходил специализацию в клинике госпитальной хирургии по циклу анестезиологии под началом ассистента Г.И. Терезникова, а практику совершенствовал в клинике пропедевтической хирургии. Это надо уточнять. Я видел его в операционной на протяжении 1-1,5 месяцев, время от времени.

Недолго в отделении работал анестезиолог из Тольятти, фамилию не помню. Ездить ему было далеко, накладно и он вскоре уволился.

Меня тянуло в хирургию, я долго не мог мириться с таким положением и уволился. По рассказам врачей, на протяжении 1967-1969 гг. наркозы давал В.Н. Рогачев, который ушел ассистентом на кафедру оперативной хирургии. Еще при жизни Ю.Н. Салматова, к проведению наркозов привлекался хирург В.Ф. Глухов, владевший основами анестезиологии. В калейдоскопе дней мелькали анестезиологи и уходили по разным причинам, долго не задерживаясь в клинике.

Т.М. Евстигнеева
Я ВЫБРАЛА САМУЮ ЛУЧШУЮ ПРОФЕССИЮ

ЕВСТИГНЕЕВА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА

родилась в 1965 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1991 году. В клиниках медицинского университета с 1991 года, в штате отделения анестезиологии клиник. Анестезиолог и реаниматолог высшей категории.

Работу в отделении анестезиологии клиник университета я начала в 1991 году в качестве врача-интерна по циклу анестезиологии и реаниматологии. Мне повезло, я попала в коллектив единомышленников, где работали настоящие профессионалы, увлеченные своей работой и искренне переживающие за своё дело – лечить больных людей, облегчать их страдания, выполняющие самую незаметную для окружающих задачу – проводить анестезиологическое пособие. Учили меня замечательные люди, – открытые, надежные, готовые в любую минуту подставить плечо, помочь, подсказать. У каждого из них было чему учиться, тогда, и есть чему поучиться сейчас. Это заведующие отделением Н.И. Чернышева, анестезиологи Л.А. Серафимович, Л.И. Герасимова, Л.П. Кононова, Г.П.

Тихонова, Г.С. Кулимина, Л.А. Труфанов, Ю.А. Голованов. После обучения осталась работать в отделении, где и тружусь по настоящее время.

Первые годы работы в отделении проводила анестезиологические пособия в операционной клиники факультетской хирургии, где лечились больные с различной патологией – заболеваниями сосудов нижних конечностей, сосудов брахиоцефального дерева, заболеваниями надпочечников, пищевода, опухолями средостения, заболеваниями легких, желудка, билиопанкреатодуоденальной зоны, заболеваниями щитовидной железы. Выполнялся большой объем оперативных вмешательств на грудной клетке и органах средостения, органах брюшной полости и реконструктивных операций на сосудах. Повезло работать в хирургической клинике, возглавляемой профессором Г.Л. Ратнером, человеком-легендой, уникальным учёным и хирургом, настоящим интеллигентом. Участвовать в операциях, проводимых лично профессором и его соратниками – В.Н. Калужских, З.И. Левиной, А.С. Дильдиным, Н.Н. Серафимовичем, А.Г. Габбазовым, Р.Л. Ковалевым, В.С. Осиповым, Е.А. Корымасовым. Время было хоть и трудное, но интересное. Оснащение было не самое лучшее: о мониторах тогда только мечтали, наркозно-дыхательная аппаратура была уже устаревшая, в основном с ручной вентиляцией легких, но всё компенсировало общее заинтересованное отношение к работе, больным, всему новому, что появлялось в клинике.

С 1996 года под настойчивым давлением профессора Б.Н. Жукова, в клинике стали широко внедрять методы регионарной (проводниковой) анестезии, применение современных местных анестетиков в сочетании с тотальной внутривенной анестезией на новом уровне, что повысило безопасность анестезии и уровень комфортности обезболивания для больных. В клинике госпитальной хирургии под руководством проф. Жукова, проводятся все виды общего и местного обезболивания в малой и большой проктологии, хирургии сосудов конечностей, абдоминальной хирургии.

Постепенно улучшалось материальное оснащение – появились пульсоксиметры, затем мониторы, перфузоры, инфузоматы, что значительно облегчило работу. Появились также новые современные препараты-анестетики, миорелаксанты. Без современной дыхательной аппаратуры вряд ли стало возможным оказание анестезиологического обеспечения на качественном новом уровне.

Незаметно пролетели 17 лет работы в клиниках. Кажется, только вчера я пришла в клиники, а вот уже я врач высшей категории, провожу обезболивание при сложных вмешательствах, в том числе при трансплантации почки (о чём ещё три года назад можно было только мечтать).

Я уже сама могу научить чему-то более молодых коллег и помочь им в операционной. Но самое главное, что осталось полезным за эти годы – желание помочь больным людям, радоваться каждому выздоровевшему больному и сознавать, что я выбрала самую лучшую профессию врача анестезиолога и реаниматолога.

А.Н. Меренков
НЕВЫДУМАННЫЕ ИСТОРИИ

МЕРЕНКОВ АНДРЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

родился в 1963 году. Окончил Военно-медицинский факультет при Куйбышевском медицинском институте в 1988 году Служба в вооруженных силах СССР с 1988 по 1991 год. Увольнялся с должности начальника отделения анестезиологии и реанимации медико-санитарного батальона. В клиниках Самарского медицинского университета - с июня 1991 года.

За время работы особо ярко мне запомнились два экстремальных дежурства. дежурство первое: оно начиналось, как обычно, в 16 часов в один из первых дней ноября 1994 года. Надо сказать, что в клинике было достаточно холодно, а начало отопительного сезона задерживалось. В операционную госпитальной хирургии была взята больная 86 лет с острой кишечной непроходимостью. Я как дежурный анестезиолог и хирургическая бригада в составе Е.А. Столярова, Г.В. Яровенко приступили к экстренной операции около 17.00. В общем, шло всё по плану. Спустя 40-50 минут от начала операции неожиданно начали гаснуть потолочные светильники: сначала один, потом другой и так друг за другом. Оказалось, к всеобщему удивлению, причиной всему стала вода, которая заполняла светильники, и лампочки гасли от соприкосновения с водой. Через некоторое время вода сначала закапала, а затем полилась с потолка, в том числе и на бестеневую лампу. Я с помощью анестезистки накинул на «бестенёвку» две простыни, по которым холодная вода стекала на спины хирургов. Поток воды усили-

вался с каждой секундой. Было принято решение – вместе со столом и дыхательным аппаратом эвакуироваться в свободную проктологическую операционную. Операция прошла удачно, если не считать замерзших хирургов, да и мы с анестезисткой были мокрыми по щиколотки. Пациентка выписана с выздоровлением. Потом выяснили – причиной потопа был пробный пуск отопительной системы. В ординаторской факультетской хирургии был срезан водяной стояк, а заглушить его не заглушили и масса холодной воды обрушилась на первый этаж.

Второе дежурство с элементами экстрима было летом 1999 года. Ответственным хирургом был Николай Александрович Лысов. Примерно в 17 часов в операционную была взята больная с острым аппендицитом, которую планировали оперировать под внутривенным наркозом; сделана премедикация, приступили к проведению базисного наркоза. Хирурги А.Э. Махлин и И.А. Воробьев готовы были начать операцию, как вдруг из предоперационной раздались подряд несколько взрывов, полетели искры. В операционную из вентиляционных решеток повалил густой бурозеленый дым. Я приступил к вентиляции легких, так как в начале наркоза у больной произошла остановка дыхания. Продолжая вентиляцию легких, я попросил, чтобы привезли каталку, мешок амбу. Каталку к операционной подвезли санитары, но к столу подвезти не решались, так как из электрического щитка продолжали лететь искры, кроме того, распаялось соединение на трубопроводе. Из медной трубки с сильным шипением вырывалось сине-зеленое пламя, похожее на сварочный резак.

Через некоторое время погас свет и остановился аппарат искусственной вентиляции легких. Меня и больную санитар накрыл простынями, и я её с операционного стола взял на руки – больная была миниатюрной девушкой. Через горящую предоперационную выскочил в коридор, положив больную на каталку. Мешок амбу не понадобился, так как к этому времени у больной восстановилось самостоятельное дыхание. Больная была отправлена в палату, а затем перевезена в дежурное хирургическое отделение больницы им. Н.И. Пирогова, где и оперирована. С помощью огнетушителей огонь был погашен. Было установлено, что под плиткой тлели деревянные перегородки над дверью операционной. Пришлось вскрыть операционную на втором этаже, открыть краны в предоперационной и залить водой пол. На первом этаже сбили плитку с тлеющей перегородки и водой залили тлеющее дерево. Через час пожар был окончательно потушен.

З.В. Уланова (Розанова)
ПРЕОДОЛЕТЬ СЕБЯ

РОЗАНОВА ЗОЯ ВАЛЕНТИНОВНА
родилась в 1951 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1976 году. В клинике факультетской хирургии с 1967 по 1971 гг. Высшая категория по анестезиологии и реаниматологии. На протяжении 15 лет заведовала отделением анестезиологии городской детской клинической больницы. Ветеран труда, награждена медалью «За заслуги перед городом».

После школы я пришла в клинику и была зачислена санитаркой в операционную. Через год изменился мой статус – теперь я значилась медицинской сестрой без образования. Я была не одна в таком положении. Сразу же мы погрузились в мир желанной нам медицины. По ускоренной программе с нами занимались врачи анестезиолого-операционного блока. Занятия проходили до или после рабочего времени. Изучали всё с нуля – асептику и антисептику, устройство наркозного аппарата и способы дезинфекции. Изучали наркотические средства, средства для премедикации и их действие на организм больного, мышечные релаксанты; возможные осложнения и их профилактику, разведение препаратов и способы их введения. Совершенствовали приемы сосчитывания пульса, дыхания, измерения артериального давления. Обучали нас также основам наружного массажа и сердечно-легочной реанимации. Постепенно мы пополняли свои знания, и работать становилось интересно, невзирая на трудности. Особенно тяжело было на операциях с применением аппарата искусственного кровообращения. Иногда после операции больные оставались на операционном столе и мы дежурили прямо в операционной. И если изменялось состояние больного (развивался цианоз или бледность кожных покровов, характер дыхания) немедленно сообщали дежурному врачу. Более глубокие и систематизированные знания мы получали на курсах медицинских сестер, организованных при клиниках медицинского института. Занятия проводились в хирургическом корпусе и никуда ехать было не надо. Я мечтала поступить в институт и, преодолевая себя, стала студенткой с четвертой попытки. С высоты врачебного положения,

профессионального опыта мне было легко понять психологию и характер работы среднего медицинского персонала, так как я уже прошла этот путь.

Н.С. Добина
ВОСПОМИНАНИЯ АНЕСТЕЗИСТКИ

ДОБИНА НАТАЛИЯ СЕРГЕЕВНА *родилась в 1959 году. В клинике травматологии и ортопедии с 1979 по 1985 годы. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1985 году, терапевт по специальности, главный врач одного из пансионатов Московской области.*

В отделе кадров меня спросили: «В какой клинике хочешь работать?» Я пожала плечами и ответила: «А, мне всё равно». «Хочешь анестезисткой в клинику травматологии и ортопедии?» «Хочу, – ответила, не задумываясь, я. Меня радушно встретили в коллективе отделения анестезиологии и интенсивной терапии. Такое вхождение в коллектив меня внутренне радовало. Я только окончила Ногинское медицинское училище и не имела опыта работы медицинской сестры.

Отношения в отделении установились доверительные и открытые. Ко времени моего прихода в клинику уже сложились анестезиологические бригады: с врачом Н.С. Пичеевым работала анестезистка В.П. Косарева, с В.Ф. Крайнюковым – Л.В. Рыжкова, с Н.П. Сергачевой – анестезистка Л.А. Ермакова. Мне часто приходилось работать с А.М. Старухиным, перешедшим в клинику из отделения анестезиологии клиник института. Я часто замечала ухмылку на лице Крайнюкова, когда Старухин учил меня пунктировать вену. Наверно, не всем импонировали «педагогические» приёмы Старухина. Большая операционная была разделена на две равные части стеклянной перегородкой, через которую было видно, что делалось в соседней операционной. Работа анестезистки мне нравилась. Я больше тяготела к работе в операционной, чем в палатах интенсивной терапии.

Осваивать работу мне помогали советом и делом опытные анестезистки – Люба Ермакова и Люба Рыжкова, которые объясняли мне, как обрабатывать наркозный аппарат и резиновые изделия к нему, порядок сбора и подготовки аппарата к работе. И еще многим, многим обязанностям анестезистки, которые входили в круг ежедневной работы. Трудности чаще встречались в работе с больными, которым после вводного наркоза приходилось изменять положение тела на операционном столе – игла выходила из вены или прокалывала её. В то время катетеризация вены не получила ещё широкого распространения.

Техническое обслуживание наркозных аппаратов само по себе закрепилось за Крайнюковым. Какие бы неисправности ни возникли, мы бежим за ним. Сорвёт ли давлением кислорода шланг со штуцера – к нему, не откручивается колпак на кислородном или закисном баллоне – к нему, «шипит» шланг кислородной подводки к аппарату или нет герметичности в системе дыхательных шлангов – опять к нему. Одним словом, он выполнял функции инженера по обслуживанию медицинской техники, делал он это с удовольствием, но заходил в операционную на зов с напускной ворчливостью, как бы говорил – «Эх ты, курица!».

Под началом старшей сестры отделения В.П. Косаревой работали Л.А. Ермакова, Л.В. Рыжкова, С.И. Елизарова, Л.С. Елисеева, Н.Е. Резепова, О.Н. Калинкина и другие, в основном студенты.

Шестеро из анестезисток окончили медицинский институт.

Все праздники (Новый год, день Советской Армии, Международный женский день 8 Марта, праздник Великой Октябрьской Социалистической революции) отмечали сообща – врачи и сестры за одним общим столом. Работали дружно, без всяких недоразумений. Опыт работы в большом коллективе оказался полезным мне при переходе на административную работу. Это было радостное и незабываемое время.

Р.С. Гражданкина (Подвигина)
УЧЁБА ПРОЯВЛЯЛАСЬ В ДОВЕРИИ

ПОДВИГИНА РАИСА СЕРГЕЕВНА

родилась в 1951 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1980 году. Имеет высшую квалификационную категорию по оториноларингологии. Отличник здравоохранения. Заслуженный врач РФ. Главный врач Малосердобской центральной районной больницы Пензенской области. Депутат районного совета народных депутатов.

Окончив в 1971 году фельдшерское отделение Борского медицинского училища, я получила направление в клиники медицинского института. Главный врач Э.С. Ахметзянова усмехнулась: «Деточка, нету меня должности фельдшера, а есть интересная, но тяжелая работа сестры-анестезистки, и с окладом на 10 рублей меньше».

В течение года я работала анестезисткой клиники госпитальной хирургии под началом анестезиологов М.Н. Елисеева и Ю.П. Балуева. Внутренне я гордилась тем, что работаю в клинике А.М. Аминева. Старалась как можно больше увидеть, узнать и приобрести навыков. Я была инициативной, энергичной и добросовестной сестрой, может быть, поэтому старшая медицинская сестра клиник, Анна Ивановна, меня рекомендовала для индивидуального поста на время болезни Эльфии Салиховны.

На операции с участием профессора Аминева всегда мылась старшая операционная сестра Валентина Ивановна, но это не мешало ей внимательно наблюдать за работой персонала в операционной. По-моему, Елисеев волновался во время проведения наркоза, тщательно готовил больного к операции. Операции были плановые и длились по нескольку часов. Работали фторотаном, его парами пропитывались до корней волос.

Провинившихся сестер Валентина Ивановна наказывала – переводила работать в процедурную (клизменную) сроком на один месяц. В процедурной дел было много поэтому – работа хлопотная, особенно в летнее время, когда в клинике лечилось много больных с полипозом кишечника.

Работа в отделении анестезиологии клиник имела особенность и отличалась, во-первых, экстренностью, а во-вторых, своей объемностью, работали во всех экстренных операционных, в дни дежурства клиники. Расширялся круг профессионального общения. Было огромное желание научиться всему, что входило в обязанности анестезистки. Рядом с нами были опытные анестезиологи-реаниматологи. Мне нравилась работа анестезистки, и я готовилась стать анестезиологом. Будучи студенткой старших курсов под контролем врача осваивала необходимые манипуляции – зондирование и промывание желудка, катетеризации периферических вен, катетеризации мочевого пузыря, санации трахеи и бронхов, интубации трахеи, уход за трахеостомой, а потом и сложные манипуляции (катетеризация подключичной вены).

Я думаю, что учёба проявлялась в доверии, взаимном понимании и взаимном уважении, и долгом взаимном терпении. Навыки, которые я получила в клиниках, стали незаменимыми в работе врача, а при отсутствии анестезиолога в больнице – все приходилось делать самой.

Все годы учёбы в институте я работала анестезисткой и, признаюсь, работа не мешала учёбе. Каких только больных не приходилось видеть во время экстренных дежурств – тяжелых, в терминальном состоянии (хирургического, терапевтического и инфекционного профиля). Здесь и больные с кардиогенным шоком, и с бронхиальным статусом, и с ботулизмом...

Всё виденное помогло избавиться от студенческого страха и обрести у постели больного уверенность в своих знаниях и самой себе.

Впоследствии, проходя усовершенствование, ничего подобного мне видеть не приходилось. Школа есть школа, я ей обязана своими знаниями, этикой и психологией врачевания.

Кроме работы были и праздники. Главный для нас – День медицинского работника. Праздник радостный, праздник всеобщего клинического ликования! Разве можно забыть клиники, институт и годы, проведенные в них?!

С.А. Пряников

ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

ПРЯНИКОВ СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

родился в 1960 г. Поступил в Куйбышевский медицинский институт в 1977 г., а в 1983 г. окончил военно-медицинский факультет. Кандидат медицинских неук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи института последипломного образования. Анестезиолог и реаниматолог высшей квалификационной категории.

Зная историю своего общества, можно с современных позиций оценить правильные поступки и заслуги предшественников; тех, кто не только смог предвидеть будущее, но и внести существенный вклад в становление и развитие такой важной отрасли медицины, как анестезиология; определить негативные стороны и сделать соответствующие выводы, чтобы избежать их в будущем; объективно оценить существующее состояние и нерешенные проблемы; наметить основные пути дальнейшей деятельности в этой области – с таким подходом я принимал решение стать заведующим отделением анестезиологии-реанимации клиник СамГМУ в ноябре 2006 года.

Историография клиник содержит огромное количество публикаций различного уровня – от небольших заметок в местной прессе и рекламных буклетов до фундаментальных изданий. Однако сведений о деятельности анестезиологической службы в них нет или они настолько скромны и скудны, что не позволяют составить впечатление о важности и необходимости работы врачей-анестезиологов в функционировании многопрофильного стационара. Не составила исключение и вышедшая к 75-летию клиник книга, подробно освещающая историю лечебного подразделения Самарского государственного медицинского университета – ни одной фотографии, ни одной заметки об анестезиологах! И как справедливы в этом случае слова великого Н.И. Пирогова: «Почему мы так мало знаем о нашем прошедшем, так скоро его забываем и так легко относимся к тому, что ожидает нас в ближайшем будущем?».

Современное анестезиологическое обеспечение в клиниках берет свое начало с ноября 1955 года, когда профессором С.Л. Либовым впервые проведена общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких пациенту с урологическим заболеванием. Именно коллектив клиники факультетской хирургии стал пионером в освоении современных методик обезболивания. Первым штатным анестезиологом клиник был Калужских Василий Никитич. Расширение объема оперативных вмешательств, внедрение новых технологий при хирургических операциях на органах грудной полости, в том числе развитие сердечно-сосудистой хирургии, способствовало открытию в штате клиники факультетской хирургии реанимационного отделения и операционно-анестезиологического блока, где работали врачи анестезиологи-реаниматологи. Успешно совмещая практическую работу с научными исследованиями, врачи анестезиологи-реаниматологи выполнили и защитили более 15 кандидатских диссертаций по актуальным вопросам анестезиологии и реаниматологии. Научное руководство осуществлял профессор Г.Л. Ратнер.

В конце 60-х годов в штатные расписания других клиник были также введены ставки врачей анестезиологов. Большой вклад в становление анестезиологического обеспечения внесли кандидаты медицинских наук Г.Л. Рубанович, Г.И. Терезников, А.М. Старухин, Т.В. Смирнова, Н.С. Пичеев, А.Н. Суетин, М.Н. Елисеев, А.С. Дильдин, П.Ю. Столяренко, а также В.Ф. Крайнюков, Л.А. Серафимович, Л.П. Кононова, ГС. Кулимина, Л.И. Герасимова и другие. Особо следует отметить врача-анестезиолога кандидата медицинских наук, отличника здравоохранения РФ Чернышеву Наталью Ивановну. Начав трудовую деятельность в клиниках в январе 1971 года, она в течение более чем 35 лет успешно оказывала анестезиологическую помощь, а последние 16 лет возглавляла отделение анестезиологии-реанимации клиник. Заложенные ею традиции анестезиологического обеспечения продолжаются и сегодня.

На протяжении многих лет ограниченный арсенал сил и средств усиливал субъективный фактор, зачастую приводил к ситуациям, когда успех интраоперационного лечения и безопасность больного напрямую зависели от опыта, интуиции, искусства и умения врача.

Находясь в условиях постоянной нехватки современных лекарственных средств и аппаратуры, большинство врачей-анестезиологов при минимуме возможностей обеспечивали необходимый и безопасный уровень обезболи-

вания, что нередко требовало поиска неординарных решений и смекалки. Вместе с тем, расхожая установка «каждому больному – свой наркоз» являлась как бы оправданием при анестезиологических ошибках и неудачах.

Отделение анестезиологии-реанимации клиник сегодня прочно стало на ноги и задачи его четко определены – это оказание плановой и круглосуточной экстренной анестезиологической помощи в 6 хирургических клиниках (15 хирургических отделений). В течение года анестезиологами выполняется более 5000 анестезиологических пособий разной категории сложности, в том числе при высокотехнологичных оперативных вмешательствах (трансплантация донорской почки, эндопротезирование крупных суставов, операции на сонных артериях при их стенозе, современные проктологические операции и др.). Сегодня это отделение одно из самых больших по численному составу в городе – в соответствии со штатным расписанием здесь трудятся 23 врача анестезиолога-реаниматолога (в том числе – три кандидата медицинских наук, отличник здравоохранения РФ, десять врачей высшей и шесть – первой квалификационной категории), 1 врач – клинический трансфузиолог, из числа анестезиологов подготовлено 2 врача-перфузиолога для обеспечения интраоперационного искусственного кровообращения, 30 медицинских сестер-анестезистов.

Сегодня анестезиолог-реаниматолог клиник в своей работе сочетает глубокое понимание физиологических, патофизиологических и биохимических процессов, происходящих в организме. Хорошее знание фармакологии, умение быстро и хорошо логически мыслить позволяет анестезиологам отделения проводить адекватное анестезиологическое пособие и избегать интраоперационных осложнений.

В настоящее время, когда появилась возможность профессионального общения с коллегами не только нашей страны, но и дальнего и ближнего зарубежья и стали доступными информационные ресурсы, постепенно происходит достаточное оснащение клиник современной анестезиологической техникой, внедряются новые высокоэффективные методы интраоперационного обезболивания. Требования анестезиологической безопасности диктуют настоятельную необходимость выработки общих подходов к проведению всех этапов анестезиологического пособия. Такие подходы, адаптированные к условиям клиник, направлены на обеспечение безопасности пациента во время оперативного вмешательства. При этом коллектив отделения понимает, что протоколы не должны регла-

ментировать каждое действие врача-анестезиолога, но они являются, скорее всего, рекомендациями по алгоритму действий в той или иной ситуации. Это позволяет установить своего рода «планку» качества работы в отделении, что приближается к привычному для нас понятию «анестезиологическая школа». Поэтому отработка и соблюдение протоколов в отделении приобретают особую важность в связи с высокой повреждающей способностью анестезиологических осложнений. Кроме того, именно в нашей специальности более отчетливо проявляется причинно-следственная связь при возникновении критических инцидентов. Как ни в одной другой медицинской специальности, здесь возможно выражение качественных явлений количественно! Наконец, у анестезиолога нет возможности «понаблюдать» – фактор времени нередко имеет решающее значение.

Врачи отделения грамотно и безупречно управляют наркозной, дыхательной, мониторной и лечебной аппаратурой, успешно используют накопленный опыт и знания при проведении анестезиологических пособий больным различного профиля и возраста.

Вместе с ветеранами отделения – врачами Н.И. Чернышевой, О.Н. Бобровской, Л.А. Серафимович – трудятся и совершенствуют свои знания молодые врачи-анестезиологи М.Н. Серебрякова, Т.Ю. Складчикова, Р.А. Срапян.

С 2006 года отделением руководит кандидат медицинских наук доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО С.А. Пряников. Основные направления практической деятельности отделения сегодня – это внедрение методик современного мультимодального обезболивания, регионарной и нейроаксиллярной анестезии, ингаляционной анестезии «малыми» потоками, совершенствование мониторинга глубины анестезии. В отделении продолжаются научные исследования. Так, подготовлена к защите кандидатская диссертация врачом Л.В. Пыщевой, посвященная оптимизации анестезиологического обеспечения больных с травматической болезнью. Врач Т.Ю. Складчикова выполняет диссертационное исследование по совершенствованию интраоперационного обезболивания у больных с аденомой надпочечников.

Сегодня сотрудников отделения отличают высокий профессионализм, стойкая гражданская позиция и ответственность за порученный объем клинической работы. Созданные традиции поддерживаются и формируются новые.

История отделения продолжается...

РАЗДЕЛ III

РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Глава 6.
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ. ЭНТУЗИАСТ И НОВАТОР Г.Л. РАТНЕР

Н.В. Левашов
ЗАРОЖДЕНИЕ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ. ЧАСТЬ ВТОРАЯ

История вопроса весьма подробно изложена в главе 1 трудов Куйбышевского медицинского института под редакцией профессора Г.Л. Ратнера («Гипербарооксигенотерапия» / под ред. проф. Г.Л. Ратнера. – Куйбышев, 1970). Отдельные попытки применения в лечебных целях кислорода или воздуха под повышеным давлением имели место еще в XIX веке и даже ранее. Наиболее существенным толчком к экспериментальным работам и далее клиническому применению ГБО получили работы голландца Ите Борема, особенно одной из них, с довольно громким названием «Жизнь без крови». Работа экспериментальная на поросятах, у которых практически вся кровь была замещена макродексом до уровня гемоглобина в 0,4%. Животное в это время находилось в экспериментальной барокамере и дышало чистым кислородом в течение 45 минут при 3,5 ата. Затем давление в камере было снижено до 1 ата. и поросенок жил еще в течение 15 минут за счет оставшегося, физически растворённого в его организме, кислорода.

После этого ГБО стали активно применять в Шотландии, США, Великобритании. Первое в Советском Союзе клиническое применение ГБО было в Киеве, в клинике Н.М. Амосова в начале 1965 года. Оно закончилось трагически. Стальная камера достаточно больших размеров, позволявшая в ней оперировать, заполнялась чистым кислородом до 3 ата. Одно это уже представляло большую опасность – любой удар металлического инструмента о корпус камеры мог дать искру, это дополнялось еще опасностями статического электричества. Не меньшую опасность представляло нахождение внутри этой барокамеры во время ра-

боты диагностической аппаратуры, оксигемографа, электрокардиографа и т.п. Любой электрический контакт также может дать когда-то искру.

Официальных сведений об этом несчастье в Киеве не опубликовано. По неофициальным данным, было проведено 16 благополучно закончившихся сеансов ГБО с больными и врачами в камере. Во время 17-го сеанса внутри камеры возникла сильнейшая вспышка, больше похожая на взрыв. После чего из камеры были извлечены три трупа: погибли два врача и пациент.

Появлением в нашей клинике (факультетской хирургии) барокамеры мы обязаны прежде всего группе врачей – О.Т. Храмову, Н.В. Левашову, Т.П. Сидорову, которые разыскали новую, но заброшенную водолазную рекомпрессивную камеру, с немалыми трудностями доставили ее в клинику, а затем, вместе с группой работников одного завода, сумели коренным образом реконструировать ее и начать эксплуатацию. (Труды Куйбышевского медицинского института им. Д.И. Ульянова. Т. 63. Гипербарооксигенотерапия / под ред. проф. Г.Л. Ратнера. – Куйбышев, 1970. – С. 8). Расшифровывая эту цитату, следует сказать, что эта водолазная рекомпрессионная камера РКУ-10, ранее принадлежала подводному клубу ДОСААФ и предназначалась для ступенчатой декомпрессии после продолжительных погружений на достаточно большую глубину, которой в районе Самары практически нет. Камера уже несколько лет находилась без применения за Волгой, в лесу, рядом с одной из лодочных станций. В клиники ее удалось доставить с помощью военной транспортной техники одной из воинских частей.

В подвал клиник камеру опускали вручную, силами тогда еще молодых врачей и студентов. Ремонт комнаты, предназначенной для барокамеры, восстановление и реконструкция камеры для клинических целей проводились работниками завода «Прогресс».

С самого начала разработки наших планов по ГБО мы не предполагали заполнение стальной камеры под давлением чистым кислородом, зная об опасностях этого и будучи наслышаны о Киевской трагедии. Один из наших врачей (Н.В. Левашов) даже прошел специальный курс-инструктаж в «Котлнадзоре», получил удостоверение и допуск на право работать в условиях повышенного давления.

Реконструированная РКУ-10, внутренним объемом в 1,7 $м^3$, была оборудована легкой выдвижной койкой, аптекарским шлюзом для передачи внутрь всего необходимого, не меняя давления в камере. Имелись отдель-

ные вводы для сжатого воздуха для заполнения камеры, и отдельный ввод – для дыхания пациента из автономной системы. Для местного применения в камере кислорода газ подавался в пластиковый мешок, надевавшийся на конечность, никакой электроаппаратуры внутри камеры не было, имелись только датчики и провода, выведенные наружу. Освещение в камере осуществлялось лампочкой в 12 вольт, находящейся во взрывобезопасном плафоне.

Наиболее часто применявшимся давлением в камере было 3 ата (2 ати). В конце каждого сеанса ГБО проводилась обязательная ступенчатая декомпрессия по существующей схеме в зависимости от давления и продолжительности сеанса.

Учитывая печальную предшествующую историю ГБО, было решено опробовать реконструированную барокамеру сначала на себе, тем более, что общие сведения о трагедии в Киеве были известны некоторым представителям администрации клиник и мединститута. Здесь, при этом испытании, снова присутствовала и фигурировала та же троица: Н.В. Левашов, О.Т. Храмов и Т.П. Сидоров.

Одним из первых, прошедших курс из 20 сеансов ГБО, был частый пациент клиники факультетской хирургии, тогдашний секретарь парткома завода «Прогресс» А.Я. Лазарев. Он страдал тяжелым тромбофлебитом глубоких и поверхностных вен обеих нижних конечностей со значительными трофическими нарушениями и уже 27 раз осложнявшимися инфарктами легких. С целью предотвращения повторных тромбоэмболий ему была перевязана нижняя полая вена. Современных сетчатых имплантатов тогда еще не было. Тромбоэмболии после этого у него прекратились, однако застойные явления в нижних конечностях увеличились. За таким больным было необходимо непрерывное наблюдение врача во время сеансов ГБО. Его постоянным лечащим врачом был Н.В. Левашов. Он и был вместе с этим пациентом в камере во время всех 20 сеансов. В последующем с больными, находящимися в удовлетворительном состоянии, врачи в камере уже не находились, ограничиваясь наблюдением через боковой иллюминатор и телефонной связью, за редким исключением. Также исключение потребовалось молодому цыгану Соколову из Красного Яра. В тот день клиника факультетской хирургии несла очередное дежурство по экстренной помощи. Больных поступало много, и почти непрерывно шли неотложные операции. Ответственным хирургом был Н.В. Левашов. Вечером – телефонный звонок из Красноярской районной больницы с сообщением о том, что у них – ране-

ный с огнестрельным ранением верхней трети левого плеча с повреждением сосудистого пучка – требовалась госпитализация этого пострадавшего. Согласие на прием больного было дано при условии его транспортабельности. И вот около 23.00 его доставляют в тяжелейшем общем состоянии: АД – 60/0 мм рт.ст.; сильнейший отек, обильная подкожная и межмышечная крепитация, гиперемия с бронзовым оттенком занимают всю левую половину грудной клетки и левую половину шеи – классическая клиническая картина далеко зашедшей анаэробной инфекции.

После внутривенной инфузии кровезаменителей общее состояние больного несколько стабилизировалось – АД поднялось до 90/40 мм рт. ст. было решено продолжить лечение в барокамере, дежурные врачи были заняты поступающими экстренными больными. Тогда в барокамеру с больным вызвался идти студент IV курса Магонин, который во время лечения проводил все необходимые манипуляции с больным: измерял ему артериальное давление, наблюдал за пульсом, делал подкожные инъекции. Все необходимое для самого Магонина, включая чай с бутербродами, передавалось через аптекарский шлюз. Сеанс ГБО при 2 ати продолжался вместе с декомпрессией около 3 часов и закончился только к утру. При этом клинические проявления анаэробной инфекции значительно уменьшились, а после трех дополнительных сеансов ГБО в течение следующего дня исчезли полностью. К сожалению, ночью, в условиях экстренной хирургической помощи, бактериологическое исследование не проводилось. Через несколько дней данному больному была произведена экзартикуляция плеча по поводу некроза всей левой верхней конечности. По-видимому, это был первый в Советском Союзе случай успешного лечения анаэробной инфекции с помощью ГБО, хотя и не подтвержденный бактериологически.

Позднее большая экспериментальная клиническая работа по применению ГБО при газовой гангрене (инфекции) и столбняке проводилась А.А. Ненашевым и А.А. Бороком.

Когда же наш опыт клинического применения ГБО составлял уже более 2000 сеансов, к нам, в Куйбышев, приезжала делегация врачей из Москвы от Б.В. Петровского, с целью ознакомления с первой в СССР успешно и безаварийно работающей барокамерой ГБО. Они тогда уже планировали строительство бароцентра, за что впоследствии им была присуждена Государственная премия СССР. Камера РКУ-10 проработала около 30 лет и была заменена на более современную.

А.А. Ненашев
ДА, ЕСТЬ ЧТО ВСПОМНИТЬ!

НЕНАШЕВ АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ
(1932-2012 гг.). окончил Куйбышевский медицинский институт в 1962 году В клиниках института с 1966 по 1973 годы. Доктор медицинских наук. Профессор кафедры радиотехники и медицинских диагностических систем Самарского государственного аэрокосмического университета. Профессор кафедры медико-биологических систем Самарского медицинского университета «РЕАВИЗ». Академик Российской академии медико-технических наук.

После окончания Куйбышевского медицинского института в 1962 г. мне было предложено закончить аспирантуру на кафедре нормальной физиологии. Кафедру в те годы возглавлял член-корреспондент АМН, лауреат Сталинской премии, профессор Михаил Васильевич Сергиевский, и все сотрудники кафедры изучали проблему дыхания. Той же самой проблемой было поручено заниматься и мне. Прекрасно звучала моя тема научных поисков: «О природе автоматической деятельности дыхательного центра», которую я успешно и вовремя окончил, получив ученую степень кандидата медицинских наук.

Аспирантура была целевой, и я мог избирать далее свое направление. С сентября 1965 г. приступил к работе в ЦНИЛ (центральной научно-исследовательской лаборатории) института в должности младшего научного сотрудника, где в 1966 г. получил диплом старшего научного сотрудника и, уступив настойчивым уговорам профессора Георгия Львовича Ратнера, заведовавшего в то время кафедрой факультетской хирургии, занял должность заведующего отделением гипербарической оксигенации. Хотя таковое еще и не было открыто при клинике факультетской хирургии. И это предстояло сделать мне. Была лишь немного проржавевшая двухместная рекомпрессионная камера, и был полутемный полуподвал. И была очень перспективная идея: лечение повышенным давлением кислорода широкого круга заболеваний. Не прошло и трех месяцев с моего перехода, как отделение было готово и начало принимать больных. Сведения о клиническом применении метода, особенно в Союзе,

отсутствовали. Их приходилось набирать из экспериментальных исследований и зарубежных источников. Лидером в те годы по пропаганде гипербарической оксигенации был голландец Борема.

С самого начала применения гипербарической оксигенации в клинических целях, была разработана программа обследования больных до лечения и после его окончания. Лишь часть этих исследований проводилась в кабинете функциональной диагностики клиники, а большая часть их проводилась непосредственно в отделении ГБО, так как многие больные проходили лечение в отделении амбулаторно. Постоянный анализ исследований позволял наиболее правильно проводить лечение в отделении. Продолжительность, частота и общее количество сеансов определялись характером заболевания.

Созданное при кафедре отделение вскоре стало работать на всю клиническую больницу. Необходимо отметить, что это было самое первое отделение в Союзе и удерживало оно это первенство до введения в строй целого комплекса барокамер вплоть до барооперационной при институте хирургии в Москве, которым руководил Б.В. Петровский, будучи в те годы министром здравоохранения СССР.

Первый год работы отделения гипербарической оксигенации убедительно доказал свое право на существование. На утренних профессорских обходах отделений клиники мое присутствие было обязательным, ибо на них обсуждалась целесообразность приема в отделение того или иного больного. Первый год работы дал возможность выйти с публикациями и выступлениями на внутрисоюзных научных конференциях, позволил на базе отделения выполнять свои темы ряду соискателей.

Освободившись от строительно-монтажных работ в отделении, я мог начать работу над докторской диссертацией.

Да я не оговорился, сославшись на подобные виды работ, потому как их приходилось делать самому и без малейшей помощи со стороны клиники и клинической больницы. Так, первые полгода работы отделения мне приходилось перекатывать по подвалу до 20 и более баллонов со сжатым воздухом (емкость каждого из них – 40 л, под давлением 120 атмосфер) ежедневно. Работающим со мною в отделении медсестрам это было не по силам. Затем столько же баллонов необходимо было возвращать на заправку. Выход из данной ситуации был, но кому это было нужно? Пришлось достать компрессор в автохозяйстве, установить его за окном полуподвала и выполнить невероятный объем работ по очистке воздуха,

предотвратить в барокамере образование взрывоопасной смеси, превышающей содержание кислорода всего на 3% от нормы. Это позволило не только облегчить, но и обезопасить работу в отделении. Безопасность при работе с данным методом лечения – особо ответственный момент. Об этом свидетельствовали факты, произошедшие позднее в Киеве и Чимкенте, когда беспечность персонала привела к гибели больных, находящихся в барокамерах. Семь лет моей работы прошли «без срыва и взрыва». Не менее 10-12 больных в рабочий день проходили лечение в отделении. Следует представить, какой огромный фактический материал был набран, но полностью не использован.

Отнюдь не меньшие заботы и трудности ожидали меня перед началом исследований по предстоящему научному направлению: «Лечение анаэробной инфекции под повышенным давлением кислорода». Для этого, прежде всего, необходимо было найти помещение, где предстояло провести значительное количество экспериментальных исследований, на основании которых сформировать программу лечения больных с клостридиальным миозитом, или анаэробной инфекцией. В клинической больнице в этом плане я получил полный отказ, на просьбу разместиться в одном из заброшенных подвалов. И вновь поиски вариантов. Доподлинно приведу ситуацию, сложившуюся в один из дней моих поисков. Еду я на троллейбусе по улице Мичурина, после поворота с проспекта Масленникова, и обозреваю: справа на площадке идет строительство деревянных вагончиков, которые использовались на стройках. На остановке меня, как ветром сдуло, и я направился к увиденной площадке. Здесь меня встретил чем-то озабоченный человек, оказавшийся прорабом. Будто бог устроил нашу встречу. На мой вопрос о возможности позаимствовать строящийся вагончик на 5-6 месяцев, не последовало сразу отрицательного ответа, и это давало шанс продолжить разговор. «Для каких целей вам это так необходимо?» – спросил меня прораб и, получив ответ, поделился со мною тем, что больна супруга и ее не могут госпитализировать. С моей стороны была дана гарантия на госпитализацию за его переговоры с начальником стройки. Через неделю на месте, где я планировал установку, стоял красавец-вагончик и, что еще значительно порадовало, даже достроенный с учетом моей дополнительной просьбы. Без задержки произошла и госпитализация больной. Теперь, когда я вспоминаю события того дня, то понимаю, что в основе нашей договоренности была не только больная и её лечение, а наш российский менталитет. Разумеется, я понимал, приступая к благоустройству нового

места пребывания, что мне совершенно не хватит 6-месячного срока на выполнение экспериментальных исследований и возникнут новые переговоры о продлении, но это будет потом.

Три разновидности культур анаэробной инфекции были доставлены мне специальной почтой из института им. Тарасевича. Экспериментальными животными я избрал морских свинок, которые доставлялись из г. Фрунзе. Итак, все необходимое было приобретено, и в начале сентября 1967 г. эксперименты были начаты. И в помощь мне была выделена ставка лаборанта. Близились холода, и пришлось решать проблему с отоплением, причём весьма безопасным. И эта проблема была решена самым экономичным и безопасным способом.

А в марте 1968 г. в клинику был доставлен первый больной из района с анаэробной инфекцией. Попавший под тракторные сани подросток с травмированной конечностью был вначале доставлен в районную больницу, на вторые сутки появились симптомы анаэробной инфекции. Моя работа с хирургами области оказалась не напрасной. Раннее направление больного в клинику помогло не только спасти жизнь подростку, но и сохранить конечность. К этому времени нами, на основе экспериментальных данных, была уже разработана четкая программа лечения больных с газовой гангреной с применением гипербарической оксигенации. В такие периоды барокамера работала круглосуточно.

Так сложилось в клинике, что больные с анаэробной инфекцией рассматривались как мои диссертационные, и в ночное время мне совершенно не оказывалась помощь даже со стороны дежурных сестер. Брать сестер из своего отделения я не мог, чтобы не допустить срыва работы. И в тех случаях, когда возникали какие-либо осложнения у моих больных в ночное время, когда мое присутствие было обязательным, то машиной «скорой помощи» я доставлялся в клинику, а после оказания помощи больному оставался либо в отделении, либо в вагончике. Отправлять обратно было не положено. Однажды, у меня на лечении было сразу 4 больных с анаэробной инфекцией, так я только на 15-е сутки попал домой. Мало того, и спать-то приходилось лишь по часу-два в сутки. Один, по сути невероятный, случай с моим больным, произошедший на 40-е сутки его пребывания в клинике, потряс меня до глубины души. Из-за неправильных действий дежурных врачей при оказании помощи окончился для него трагически.

Его длительное нахождение в клинике было по двум причинам. Плохо формировалась культя оторванной ноги во время травмы, из-за которой и

развилась анаэробная инфекция, с которой мы удачно справились. В начале мая были очень холодные дни, больной заболел пневмонией и развился сепсис, пришлось наложить трахеостому.

Однажды ночью у больного началось сильное кровотечение из горла, видимо трахестомическая трубка повредила артериальный сосуд. Находящаяся около больного жена сообщила медицинской сестре, сбежались дежурные хирурги, но не смогли остановить кровотечение. Утром, когда я пришёл на работу и пошел навестить всегда улыбающегося больного, встретил лишь плачущую его жену. Вот ее краткий рассказ: «Задыхаясь изливающейся кровью, он искал взглядом только вас, Александр Андреевич. Он вам беспредельно верил». После этого случая, выступая на пятиминутках, я просил дежурных врачей непременно вызывать меня. Так оно и было, и я сберег жизни 22 больных, проходивших у меня лечение с анаэробной инфекцией.

Оставим на время и эксперименты, и обработку огромного экспериментального материала, и работу с диссертационными больными и возвратимся вновь в отделение гипербарической оксигенации.

Я уже отмечал, что в отделении лечилось много больных с сосудистой патологией, такой как облитерирующий эндартериит, облитерирующий атеросклероз, болезнь Рейно – болезнями сосудов конечностей. Лечение в отделении значительно улучшало их состояние, ибо тканевые поражения уменьшались, и снижался выраженный болевой синдром. Однажды больной, госпитализированный в клинику, принес в отделение сваренный из металла небольшой по размерам ящик, в один торец которого вварено кольцо с диаметром 200 – 250 мм, а в верхней части из ящика выходила небольшая по размеру трубка. Рассказывал, что дома, когда возникали сильные боли, он частично снимал их помещая конечность в ящик, создавая герметичность на бедре с помощью резинового кольца и пневмонасосом отсасывал из ящика воздух, создавая разрежение над конечностью, и боли снижались. По сути, он изготовил малый вариант камеры Кравченко, который вполне устраивал нас для помещения больного в барокамеру вместе с малой камерой. Все это было испытано и дополнено тем, что во время нахождения больного в барокамере с малой камерой, одетой на ногу, процессом управлял сердечный цикл. Во время систолы в малой камере понижалось давление, а во время диастолы повышалось. Таким образом, осуществлялся скоростной пневмомассаж, улучшая движение оксигенированной крови в больной конечности. На этой основе было получено авторское свидетельство на изобретение,

при необходимости проводить так называемые малые операции без последующих реампутаций, – если в этом возникала необходимость.

При лечении в барокамере больных столбняком родилось еще одно важное усовершенствование. Чтобы доставить больного из клиники в отделение и обратно: нужно было осуществить 4-кратное его перекладывание. Первое – переложить с постели на каталку, доставив в отделение, переложить на вдвижную койку барокамеры, после сеанса все повторить в обратном порядке. Зная, какие боли испытывает столбнячный больной даже при незначительных прикосновениях, конечно же, придумаешь. Стоило лишь несколько переоборудовать каталку, чтобы на неё помещалась койка из барокамеры и устройство для стыковки монорельса, находящегося в барокамере и каталке, и двух перекладываний уже не требовалось. После этого каталка стала применяться не только для доставки столбнячных больных, но и для перемещения больных большого веса, больных с переломами. Возник так называемый облегченный вариант доставки больных на лечение.

Я не склонен был затрагивать этический вопрос о том, что по штатному расписанию в отделении постоянно должен был работать еще один врач, однако по необходимости в клинике он в отделении не находился. Среди работавших в отделении я хотел бы отметить добросовестную помощь врача В.А. Мамистова. Он не отвлекался профессором и постоянно в рабочее время выполнял свои обязанности в отделении. Тема его диссертационной работы выполнялась им на изготовленной мною экспериментальной барокамере, находившейся в отделении. Скромность, исполнительность – основные его черты. И это позволило ему сразу после защиты стать ассистентом кафедры хирургии на педиатрическом факультете.

Достаточно ответственно относился к своим обязанностям еще один врач – Г.М. Чумаченко, хотя и имел недостаток, который проявлялся вне работы. Когда я закруглял семилетний напряжённый труд в отделении, то в этой должности оставался именно он. Оставшись бесконтрольным, его недостаток стал неуправляемым и перешёл в алкоголизм. А далее – смена мест работы и смерть. Мне очень жаль этого человека. Он в годы студенчества был занят общественной работой, отлично учился. После окончания вуза работал хирургом в районе.

Считаю необходимым вновь возвратиться в знаменитый вагончик, как его назвал ректор СамГМУ, академик Г.П. Котельников в краткой беседе со

мною. Другое определение и придумать трудно. В нем днем и ночью кипела работа. Помощь в вечернее и ночное время мне оказывали студенты Саранцев и Тургенев, для которых я создал и приличные бытовые условия в том же вагончике. А каким прекрасным был виварий для морских свинок, и опять же в вагончике. Весь вагончик был заполнен необходимой аппаратурой для исследований и обсчетов полученных результатов. Эксперименты были двух- и трехсуточными. Помещение было поделено функционально на две половины, и это позволяло длительное время сохранять в чистоте культуры анаэробов, введение которых при заражении экспериментальных животных строго дозировалось разработанным мною устройством. На стенах так называемого чистого отдела висели удачно подобранные копии замечательных картин: «Царство Флоры», «Последний день Помпеи» и др. Мне очень приятно, что многие студенты медицинского института работали со мною. Например, Михаил Береславский, ныне известный эндоскопист. Думаю, что и у остальных судьбы сложились неплохо. Вагончик был доступен для работы и посещений. В нем побывали и крупные специалисты из Москвы, приезжавшие по разным проблемам на кафедру факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института. Однажды, мне позвонили, – меня приглашает начальник строительного управления. Не откладывая, я отправился в управление, по дороге продумывая, что говорить с целью продолжения пользования вагончиком. Со дня предоставления его прошло почти два года. А работа будет еще долго продолжаться. Однако такое бывает не только во сне. Только я вошел в кабинет, как от стола направился ко мне уже знакомый человек и, поздоровавшись, заявил: «Мы знаем, что вагончик вам еще крайне нужен и, позволяем им бессрочно пользоваться». В благодарность за столь значительное для меня решение я передал строительному управлению свою разработку для вагончика, которая позволяла оставлять отопление в нем включенным на ночь и, приходя, переодеваться в нормальных условиях. Кроме того, я весьма был уверен, что мой принцип отопления сохранит много таких вагончиков, которые сгорали при спиральном отоплении.

Уважаемый Александр Михайлович!

Я благодарен Вам за предложение набросать несколько страниц воспоминаний и несколько расстроен тем, что уж очень для меня эти воспоминания эмоционально тяжелы. Когда, в 1973 году, после защиты док-

торской диссертации, я уходил на новое место работы, то профессор Г.Л. Ратнер попросил меня передать вагончик со всем его содержимым клинике. Я выполнил его просьбу и передал ему ключи. Перед отъездом в Кабардино-Балкарский университет в 1977 г. ни моего содержимого, ни самого вагончика уже не было. Еще больший удар пришлось пережить после возвращения с Кавказа в 1993 г. По воле главного врача Клинической больницы было ликвидировано отделение гипербарической оксигенации.

Работая над этими строками, я понял, что нам еще очень долго предстоит преодолевать путь до цивилизованных людей.

Г.Ф. Сафронова
ЭТО БЫЛО ВЧЕРА

САФРОНОВА ГАЛИНА ФЕДОРОВНА
родилась в 1942 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1970 году. В клинике факультетской хирургии с 1971 по 1984 г. Анестезиолог-реаниматолог первой категории.

Очень трудно придумать, с чего начать. И не потому, что все было давно – почти сорок лет назад, просто воспоминаний так много, что сложно выбрать главное.

Может быть, самое яркое воспоминание – не тяжелые больные (они в реанимации все такие), не длинные дежурства, а то, как мы «летели» на работу. Уставали безумно, но утром, точно неведомая сила ускоряла шаги – быстрей, быстрей туда! Летишь и думаешь: «Господи, пусть все люди будут здоровы!»

Первые самарские, ох, нет, тогда еще куйбышевские, реанимационные палаты... Понимали их необходимость, наверное, все медики, но только профессор Г.Л. Ратнер превратил понимание в реальность. В начале 60-х годов он возглавил клинику факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института, и вскоре после этого создал первое в Куйбышеве отделение реанимации.

Отделение представляло собой три палаты, каждая на пять коек. В палате по два аппарата искусственной вентиляции легких, к каждой койке подведен кислород. Конечно, на фоне современных аппаратов наши РО-6 выглядели бедновато, но мы их любили – состав газовой смеси они показывали, вдыхаемую смесь увлажняли. В общем, грех жаловаться. Это вам не кислородные подушки с влажной марлей. Кто хоть раз «дышал руками» меня поймут.

Да что говорить, у нас даже барокамера была! Георгий Львович у подводников раздобыл. Маленькая, тесная, неудобная, но результаты потрясающие были. Это сегодня гипербарическая оксигенация нашла широкое применение в медицине, а тогда мы только начинали осваивать этот метод.

Надо сказать, материальное обеспечение – медикаменты, оборудование, инструменты – стараниями профессора изначально были отличные. В боль-

шинстве медицинских учреждений шприцы в биксах стерилизовали, а у нас уже все было одноразовое.

К каждому пациенту подключался электрокардиограф. А ребята из политехнического института «спаяли» прикроватные мониторы, которые выглядели, конечно, не так солидно как современные, но работали ничуть не хуже.

В общем, в начале 70-х отделение реанимации на фоне других отделений выглядело как ТУ-134 среди «кукурузников».

Конечно же, помню свой первый день в отделении. Я уже отработала после окончания института два года анестезиологом, но была поражена как студентка. Ни в одной больнице города таких палат не видела – стеклянные двери, сверкающая чистота, стерильные столы с мединструментарием и медикаментами, экстренный реанимационный набор.

А какой командный был дух! Все друг друга понимали без слов. Бывало, видишь, что состояние больного ухудшается, начинаешь готовить аппарат ИВЛ, системы «заряжать»... И тут же все, кто нужен, как по мановению волшебной палочки, уже рядом, без лишних слов включаются в работу. Когда бригадами, как на «скорой», дежурят, это понятно – все друг к другу притерлись, им в экстренных ситуациях слова не нужны. Но у нас-то никаких бригад не было: сегодня работаешь с одним, завтра с другим. А разницы никакой, – все были «свои». Такого единения я больше нигде не чувствовала.

И, конечно, мы очень старались соответствовать общему «космическому» уровню. Я не о профессионализме говорю. Высокая квалификация подразумевалась сама собой. Я о внешнем виде. Халатики себе шили модные, колпачки. Приходим утром на работу, переоденемся – хорошенькие все такие! Да, уставали мы невероятно, но выглядеть старались на все сто.

Успешная работа хирурга – это полдела, больного надо выходить, поставить на ноги. Медикаментозное лечение – это далеко не все, важна каждая мелочь, даже то, как застелена кровать. Ведь если простыни на ней как следует, не натянуты, то велика вероятность образования пролежней. А профилактика такого осложнения, как пневмония... Вот, казалось бы, простенькая процедура: во избежание застойных явлений в легких, регулярно сажать больного. А ему плохо, вот и начинаешь уговаривать, а порой и заставляешь.

Вообще, роль пациента в выздоровлении не меньше роли врача. Если человек стараться не хочет, хоть «в лепешку расшибись» – ничего не полу-

чится. Еще Гиппократ говорил: «Нас трое – я, ты и болезнь. Если ты будешь со мной, мы вдвоем болезнь победим, если будешь с ней – вы меня победите».

Наверное, и правда, путь от жизни до смерти не близкий и до последнего момента можно повернуть назад. А работа реаниматолога – помочь в этом.

Л.П. Дровянникова
КАК БУДТО ВНОВЬ ОН ВМЕСТЕ С НАМИ

ДРОВЯННИКОВА ЛЮДМИЛА ПЕТРОВНА

родилась в 1948 г. Окончила Самарский медицинский институт в 1973 году. Десять лет работы в клинике факультетской хирурги в должности больничного ординатора, заведующего отделением гипербарической оксигенации. Кандидат медицинских наук с 1983 г. Высшая квалификационная категория по физиотерапии и курортологии. С 1985 года – доцент кафедры физиотерапии и курортологии института последипломного образования. Отличник здравоохранения Российской Федерации.

Один из самых роскошных подарков
Судьбы – знакомство с интересными
и талантливыми людьми.

Г.Л. Ратнер

6 ноября 2001 года Самара прощалась с Георгием Львовичем Ратнером.

Мы, его ученики, чувствовали себя ужасно осиротевшими. Потому что казалось, он будет всегда. Будут его глаза – с искорками юмора, ума, добра, его отечески теплое участие в твоей жизни - всегда, везде, во всем. Его телефонный звонок и поздравление с праздником, который заставляет задуматься, скольким же людям позвонил он сегодня? Он, чей голос хотели бы услышать тысячи.

1 сентября Георгий Львович принимал поздравления с днем рождения, находясь на больничной койке. Был накрыт праздничный стол. Его ученики держали экзамен на право продолжать его дело. Мы испытывали шок, не хотели верить, что Георгий Львович смертельно болен. Обещали равняться на него всегда, во всем.

В голове мысленно проносились годы, прожитые в родном коллективе, возглавляемом человеком с большой буквы...

По пятницам в клинике факультетской хирургии медицинского университета в кабинете профессора проходили утренние конференции. Здесь удивительно красиво, уютно, и каждая вещь – частица внутреннего мира твоего учителя, для коллектива это всегда праздник. Все приходили на час раньше, чем обычно. Этот час посвящался обзору новых медицинских технологий, международных симпозиумов, а иногда Георгий Львович просто рассказывал о поездке в Париж: как там живут, что носят, как лечат... И само общение с учителем «подтягивало» нас, заставляло посмотреть на себя со стороны, ощутить необходимость «поработать над собой».

Сейчас, имея 25-летний стаж работы, я могу в полной мере оценить микроклимат в коллективе Георгия Львовича и глубоко убеждена, что именно от руководителя зависит отношение сотрудников к работе, к коллегам, к больному. Здесь просто не уживались случайные люди, а те, кто оставался работать, принимали условия руководителя, коллектива. Еще на войне Георгий Львович научился ценить жизнь, «чувствовать вкус каждого дня, каждого мгновения».

«В жизни успеха добьется лишь тот, кто мало ест и рано встает» (здесь и далее курсивом выделены афоризмы Ратнера – **ред.**).

На первом месте – всегда дело. Помню, он напутствовал нас в молодости: «Если у меня билеты в драмтеатр, а мне хорошо работается, я остаюсь за письменным столом».

Я наблюдала, как он экономит каждую минуту. На затянувшихся заседаниях нередко вынимал из дипломата журнал и просматривал публикации о новинках в медицине, литературе, музыке и всегда был удивительно эрудирован.

«Невежество – дефицит хотя и приобретенный, но чаще всего необратимый, так как владелец обычно его в себе не ощущает».

В работе хирурга смелость и решительность необходимы. Недаром профессора Г.Л. Ратнера считают пионером многих направлений в медицине (не только хирургических). Именно он одним из первых стал опери-

ровать на сердце с аппаратом искусственного кровообращения, именно он применил оживление в барокамере. Его ученики объявили войну газовой гангрене и победили. И сегодня решительность, обусловленная высоким профессионализмом, – характерный почерк учеников Ратнера.

«Мудрость, мужество, милосердие!» – таким я вижу девиз современной хирургии».

Я хорошо помню, как Георгий Львович при обходе реанимационного отделения дал хорошую взбучку врачу, который не проследил, чтобы больному после операции надели сорочку. Вроде бы мелочь! Но именно из таких мелочей складывается впечатление больного об отношении к нему.

Другой пример. Иногда необходимо проявить жёсткость. Как-то на консультацию к Георгию Львовичу пришел очень уважаемый в области человек с начальной стадией облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Профессор не счел нужным в очередной раз читать пациенту лекцию о вреде курения, а просто «сделал экскурсию» в отделение сосудистой хирургии и показал, что бывает у злостных курильщиков в конечной стадии заболевания. После обхода пациент выбросил пачку с оставшимися сигаретами.

Об отношениях в коллективе говорит следующий случай. У одного из сотрудников было диагностировано злокачественное новообразование. Возник вопрос: возьмется ли кто доработать его научную тему и на готовом материале защитить диссертацию? Желающих не нашлось. Кстати, доктор выжил и сам защитил диссертацию.

Почти год нет Георгия Львовича с нами. Но мы постоянно чувствуем его влияние на нашу жизнь. А его афоризмы давно стали «языком» коллектива. Мы нередко повторяли и повторяем его изречения, которые, к нашей большой радости, теперь изданы. Вот некоторые из них:

«Люблю людей, умеющих пошутить. Ну а тем, которые умеют шутить в самой сложной ситуации, просто цены нет».

«Прожить полнокровно и интересно каждый период своей жизни – великое искусство, которое дается немногим умным и независтливым людям».

«Почему люди так скорбят, когда человек умирает? Ведь он уходит в лучший мир».

Вы навсегда в нашей памяти, дорогой Учитель.

ПОГОВОРЮ С ТОБОЙ, КОЛЛЕГА!

Считаю себя счастливым человеком, потому что сбылась моя мечта поступить в медицинский институт и стать врачом. Большое везенье, что путевку в мне жизнь дали Георгий Львович Ратнер и коллектив, который он возглавлял.

Привозят в реанимацию очень тяжелого послеоперационного больного (в то время реанимационное отделение было одно на все клиники) без сознания, с отсутствием самостоятельного дыхания. Принято решение провести сеанс гипербарической оксигенации. Сопровождающее лицо на сеансе – я, дышу за него «гармошкой». Одеваюсь соответственно инструкции по технике безопасности (без нижнего белья, только хлопчатобумажный брючный костюм). За нами в окно наблюдают Анвар Габбазов и еще несколько хирургов. Больной, придя в сознание на сеансе (положение больного и врача в барокамере – рядом на двух носилках-кушетках в очень тесном помещении), закидывает на меня ногу и делает попытку переползти прямо на меня. Хирурги, наблюдая за нами в окошечко, хохочут, а потом на пятиминутке докладывают: «Дровянникова в этой ситуации кричит – закройте окно, не мешайте!» а во время сеанса дают инструкцию: «Тебе остается одно – зажми трахеостому, вырубай сознание, а то изнасилует!».

В то время использование гипербарической оксигенации в реанимации только начиналось и многое делалось впервые.

В стенгазете появилось стихотворение:

«Ну, а если у больного
Много всякого такого,
Что не ясно ничего –
В барокамеру его!»

Врачи «скорой помощи» плохо знали клинику столбняка и если видели больного с судорогами неясного происхождения (а причиной нередко являлось употребление суррогатных напитков) – срочно везли на сеанс ГБО. В барокамере пострадавший быстро трезвел, судороги прекращались, и он выходил с сеанса розовый, как младенец.

В стенгазете появилось стихотворение (автор С.П. Балмасов):

«Как теперь известно стало,
Барокамера «ОКА»
От похмелья помогала
Лучше, чем от столбняка».

Другой случай. Баллоны с кислородом нередко привозили ободранными, голубая краска кислорода облупилась, а под ней черная (CO_2). А ситуация всегда срочная, вопрос жизни или смерти, и невозможно отменить сеанс из-за того, что баллоны кислорода не соответствуют по внешнему виду инструкции. Санитар, который первый день на работе, вместо баллона с кислородом подключил баллон с CO_2, такой же ободранный черно-голубой. На сеансе – тяжелый больной из другой хирургической клиники с перитонитом в сопровождении медицинской сестры. Сестра говорит в микрофон, что появился запах «прелых яблок». Срочно отключаем баллон, меняем его на новый «голубой» и наблюдаем за больным, который после сеанса спит (?!) сном праведника. По инструкции докладываю о случившемся главному врачу. Э.С. Ахметзянова срочно вызывает Георгия Львовича, который 7 часов не выходит из операционной. Седых волос тогда у меня прибавилось значительно. Но больной резко идет на поправку. Эльфия Салиховна спрашивает: «Может вы открыли новый метод ведения таких больных?».

Доля истины в этом была. Как известно, CO_2 запускает многие механизмы компенсации в организме, начиная с первого вдоха новорожденного. Все дело в дозе!

На сеансы гипербарической оксигенации в то время попасть было нелегко. Больных с облитерирующими заболеваниями сосудов много, а отделение гипербарической оксигенации одно на весь город. Встречаются два больных после курса ГБО. Один другого спрашивает: «Ну как, супружеские обязанности выполняешь?». Ответ: «Ну да, раза три в неделю обязательно», первый больной: «Выходит все хорошо?». Второй больной: «Да, выходит всегда хорошо, вот входит с трудом!» (врачебный анекдот).

Вызывают ночью в токсикологическое отделение больницы Пирогова. Доставили 8 человек с завода с отравлением неизвестным ядом. Двое умерли, двое на искусственной вентиляции легких, все зеленого цвета. Выясняем, что рабочие пили лак, осажденный нитритом натрия (нарушена технология, раньше добавляли соду, и все было хорошо, но в этот раз в бригаду приняли новенького, он и спутал мешки пищевой соды и нитрита натрия). 4 человека забираю на лечение кислородом под давлением, – все выжили.

Запомнился случай реанимации больного с газовой гангреной. Зять известного дрессировщика Запашного зашел в клетку с тигром в состоянии

алкогольного опьянения. Звери этого терпеть не могут, и тигр ударил его лапой по плечу. Рваная рана, инфицированная возбудителем газовой гангрены. Берем на сеанс гипербарической оксигенации. Поскольку возбудитель анаэроб, то в условиях кислорода под повышенным давлением палочка фрагментируется (распадается), и на кафедре А.А. Ненашев защитил докторскую диссертацию по спасению больных с газовой гангреной методом ГБО. Но на сеансе начинается кровотечение в области раны. Хирурги принимают решение ампутировать конечность по тяжести состояния больного. Однако без определенного опыта пережать сосуды в ране при газовой гангрене крайне сложно. Жду два часа, три часа. Ночь. Захожу в операционную, там – «кромешный ад». Артериальное кровотечение «фонтаном». Больному переливают кровь, но остановить так и не удалось... К сожалению, спасение больного не возможно в 100 % случаев.

В клинику на обследование поступает очень красивая молодая женщина. диагностирована саркома бедра. Необходима высокая ампутация конечности. Муж подает на развод. Женщина в отчаянии. Коллектив кафедры переживает за больную. На пятиминутке Георгий Львович чтобы разрядить обстановку спрашивает: «Кто лечащий врач?». Оказывается, это красивый молодой человек. Георгий Львович авторитетно заявляет: «Вам придется на ней жениться». С тех пор в клинике закон: испортил женщину на операции – женись!

Глава 7.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Мамистов

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РАЗЛИТЫХ ПЕРИТОНИТОВ

МАМИСТОВ ВЛАДИМИР АНДРЕЕВИЧ

родился в 1938 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1963 году. С 1968 года – сотрудник медицинского института, с 1973 по 2000 гг. – ассистент кафедры хирургических болезней. Кандидат медицинских наук, хирург высшей квалификационной категории, автор 65 научных работ. Награжден медалью «За освоение целинных и залежных земель» (1958 г.).

Я пришел в клинику факультетской хирургии в 1968 году, на должность младшего научного сотрудника отделения ГБО. До моего прихода, в 1965 году. ГБО-терапия использовалась в клинике факультетской хирургии. Первопроходцами в этой области были Н.В. Левашов, О.Т. Храмов и А.А. Ненашев. Научные исследования в условиях барокамеры планировались профессором Г.Л. Ратнером. Диапазон исследований поражал своей глубиной и размахом. Так, А.А. Ненашев проводил эксперименты и клинические исследования возможностей гипербарической оксигенации при анаэробных инфекциях, Т.П. Сидоров изучал влияние ГБО-терапии при кровопотере с длительной гипотензией, В.Х. Таов – при коронарной недостаточности, М.Г. Щеглов, Н.Д. Измайлова – при легочной патологии; О.Т. Храмов, В.П. Поляков – у тяжелых послеоперационных больных и целый ряд исследований частной патологии при столбняке (А.А. Борок), аллергических васкулитах, при пороках сердца, аритмиях.

Меня заинтересовали возможности этого метода при сравнительно частом и крайне тяжелом осложнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости – перитоните. Клинические наблюдения показывали, что оперативное устранение причин перитонита не всегда приводило к выздоровлению. Полиорганные нарушения усиливали как местную, так и общую гипоксемию. Поэтому, на наш взгляд, включение в схему лечения острых перитонитов гипербарической оксигенации должно стать действенным фактором в улучшении результатов лечения. В связи с чем мною были проведены экспериментальные исследования на животных, с последующим глубоким анализом изменений в органах и тканях. Вскрыт механизм лечебного воздействия кислорода в условиях барокамеры. Оптимизм экспериментальных исследований был перенесён в клиническую практику. Решение этой проблемы продолжил сотрудник клиники А.С. Дильдин, обобщивший результаты клинических наблюдений в докторскую диссертацию.

В заключении хочется сказать, что данную проблему с огромным интересом изучали замечательные люди, энтузиасты, сплоченные научным предвидением ученого, хирурга и врача-клинициста Г.Л. Ратнера.

Н.Ф. Давыдкин

ГИПЕРБАРООКСИГЕНОТЕРАПИЯ, КАК НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ КОМПОНЕНТ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Попробуй в «Бочке» что-то вытки,
Но не таков был наш Давыдкин!
Что ж, помогла ему реторта
Стать повелителем курорта:
Всё также быстр в речах и жесте –
Карьеру держит под арестом!

А. Старухин

ДАВЫДКИН НИКОЛАЙ ФЕДОСЕЕВИЧ

родился в 1935 году. Окончил Куйбышевский медицинский институт в I960 году. В клиниках медицинского института с 1973 по 1984 гг. Ординатор клиники, ассистент кафедры факультетской хирургии.

Ассистент, зав. отделением ГБО-терапии клиники травматологии и военно-полевой хирургии. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой курортологии и физиотерапии института последипломного образования. Декан факультета, позднее ректор института последипломного образования. Заслуженный врач Российской Федерации.

Открытие кислорода приписывают английскому учёному Дж. Пристли (J. Priestley), получившему его в 1774 году путём прокаливания окиси ртути. А. Лавуазье (A. Lavoisier) установил его значение в процессе дыхания и горения. В 1780 году Шосье (Chaussier) впервые применил кислород для лечения человека и получил положительные результаты при различных асфиксиях.

Постепенно понятие «жизнь» стало неотделимо от понятия «кислород». В патогенезе многих заболеваний, особенно требующих интенсивной терапии, важную роль отводят недостаточному поступлению кислорода к тканям.

В 100 мл крови здорового человека содержится 18-20 мл связанного с гемоглобином кислорода. В 100 мл плазмы содержится только 0,3 мл растворенного кислорода. Ткани и клетки организма потребляют лишь кислород, растворенный в плазме. Такое незначительное содержание кислорода в плазме крови оказывается недостаточным при целом ряде заболеваний, особенно нуждающихся в интенсивной терапии.

Увеличить количество кислорода, находящегося в растворённом состоянии в плазме можно, основываясь на физических законах растворения газов в жидкостях. Сущность их состоит в том, что количество газа, растворённого в жидкости прямо пропорционально давлению газа над этой жидкостью. Организм человека на 60-80% состоит из воды. Создать повышенное давление кислорода над жидкостью организма можно, если поместить человека в камеру, в которой повысить давление этого газа. Такие камеры были созданы и, тем самым, разработан новый метод лечения заболеваний, который заведующий кафедрой факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института им. Д.И. Ульянова профессор Г.Л. Ратнер обозначил термином гипербарооксигенотерапия (ГБО-терапия). Он же, одним из первых в СССР и в мире, внедрил этот метод в широкую клиническую практику. Первый сеанс гипербарооксигенотерапии был проведен в клинике факультетской хирургии в 1965 году, в приспособленной для этих целей рекомпрессионной водолазной барокамере РКУ-Х. Затем метод был распространён по всей стране и стал обозначаться термином «гипербарическая оксигенация» (ГБО). С нашей точки зрения, термин предложенный профессором Г.Л. Ратнером более точно отражает сущность нового метода лечения, но термин «Гипербарическая оксигенация» получил большее распространение.

Как уже отмечалось, метод основан на физических законах растворения газов в жидкостях, а также законах диффузии их в жидких средах. Таким образом, по своей сути, по методике подготовки кадров, организации работы, технике безопасности и многим другим признакам гипербарооксигенотерапию рассматриваем как один из методов физиотерапии.

Новый метод лечения кислородом под повышенным давлением нуждался в экспериментальном обосновании, научном клиническом анализе, прежде всего отработки режимов, схем гипербарической оксигенации и оценки эффективности применения ГБО-терапии, при интенсивном лечении больных с различной патологией.

К решению научных, чисто лечебных и организационных моментов гипербарооксигенотерапии, были привлечены практически все сотрудники клиники и кафедры, а так же учёные других кафедр мединститута. В своих трудах профессор Г.Л. Ратнер (1970) называет следующих лиц, причастных к становлению ГБО-терапии, как нового метода лечения: А.А. Борок, Л.И. Жарова, Н.Д. Измайлова, Н.В. Левашов, В.А. Мамистов, А.А. Ненашев, В.П. Поляков, Э.С. Свечникова, Т.П. Сидоров, К.С. Скловская, И.И. Стрельников. В.Х. Таов, А.М. Токарева, В.С. Тюмкин, О.Т. Храмов, ГМ. Чумаченко, М.Г Щеглов. Проведенные научные экспериментальные и клинические исследования позволили профессору Г.Л. Ратнеру сформулировать основной принцип применения гипербарической оксигенации в интенсивной терапии: «Чем тяжелее состояние больного, тем больше показаний для лечения его в барокамере кислородом под повышенным давлением».

Первая в СССР книга, посвященная клиническому применению кислорода под повышенным давлением, была написана профессором Г.Л. Ратнером в 1970 году и имела название «Гипербарооксигенотерапия». Автор сообщает о применении ГБО терапии в комплексной интенсивной терапии больных с такими заболеваниями как острая артериальная непроходимость, газовая гангрена, столбняк, отравление угарным газом, гнойно-септические процессы.

Автору данной работы довелось заведовать отделением гипербарической оксигенации клиники факультетской хирургии с 13 февраля 1974 по 1 января 1979 года. Его знакомство с клиникой началось с посещения отделения реанимации и интенсивной терапии, где находились на лечении несколько больных с тяжёлой механической травмой конечностей, в том числе осложнёнными газовой гангреной или столбняком.

Как могли попасть больные с тяжёлой осложнённой механической травмой конечностей в клинику, занимающуюся хирургическим лечением преимущественно больных сердечно-сосудистыми заболеваниями?

Причин тому две. Прежде всего, наличие единственной в Куйбышевской области барокамеры. К 1970 году экспериментально и клинически сотрудником кафедры профессором А.А. Ненашевым, была доказана высокая эффективность гипербарооксигенотерапии в лечении больных с анаэробной инфекцией. Профессору Г.Л. Ратнеру удалось убедить Куйбышевский областной отдел здравоохранения в целесообразности открытия в клинике факультетской хирургии областного центра по лече-

нию анаэробной инфекции с выделением соответствующего штата медицинских работников. Поэтому в клинику направляли пострадавших с подозрением на газовую гангрену или столбняк. Важнейшим компонентом интенсивного лечения этих больных была гипербарооксигенотерапия. Второй причиной было то, что в клинике была лучшая для того времени в области служба анестезиологии и реанимации, в которой нуждались эти пациенты.

За короткий срок отделение реанимации клиники открыто в отделении травматологии для больных с тяжёлой, осложнённой механической травмой. У целого ряда больных направительный диагноз анаэробной инфекции в клинике не подтверждали. Тем не менее, им проводили интенсивную терапию с применением гипербарической оксигенации. Только по улучшению общего состояния, этих пострадавших переводили в другие клиники или лечебные учреждения. В дальнейшем перевод больных при подозрении на развитие газовой гангрены или столбняка проводили только после предварительной консультации на месте специалиста клиники, обычно врача отделения гипербарической оксигенации.

Среди всех больных, получавших лечение в барокамере, пациенты, требующие интенсивной терапии, составляли от 19 до 23%.

Во второй своей монографии «Лечение кислородом под повышенным давлением», вышедшей в 1974 году в издательстве «Медицина» (г. Москва), Георгий Львович утверждает: «Конечной целью каждого метода лечения должно явиться обеспечение достаточного доступа кислорода к тканям, находящимся в состоянии гипоксии».

Профессор Ратнер, на основании проведенных экспериментальных и клинических научных исследований, расширяет круг заболеваний, при которых интенсивное лечение должно сочетаться с гипербарической оксигенацией. В частности, он рекомендует этот метод при печёночной недостаточности, нарушениях мозгового кровообращения, перитонитах, синдроме длительного сдавления и других тяжёлых состояниях больных.

В период работы автора в клинике активными сторонниками включения гипербарической оксигенации в комплекс интенсивной терапии были врачи, работавшие в отделении реанимации: А.М. Голованов, А.Н. Суетин, Н.И. Чернышева, Л.А. Серафимович, ГС. Кулимина и другие. В научном плане исследованиями различных вопросов применения гипербарической оксигенации в интенсивной терапии занимались А.С. Дильдин, Л.Н. Стасюк., Э.С. Мининберг, Л.П. Дровянникова, В.И. Белоконев, Н.Ф. Давыдкин и многие другие сотрудники клиники.

В материалах II Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов, проходившего в 1977 году в г. Ташкенте, сотрудниками кафедры факультетской хирургии были опубликованы следующие работы. Г.Л. Ратнер, В.Н. Калужских, А.С. Дильдин, Н.Ф. Давыдкин, А.Н. Суетин, Г.С. Кулимина, Ю.М. Зигмантович – «Гипербарическая оксигенация в интенсивной терапии острых нарушений моторных функций кишечника»; А.М. Голованов, Н.Ф. Давыдкин, Г.Ф. Сафронова, Л.И. Герасимова, Ю.М. Зигмантович – «Гипербарическая оксигенация в комплексе интенсивной терапии и реанимации больных с анаэробной и стафилококковой инфекцией»; Л.Н. Стасюк – «Применение кислорода под повышенным давлением при острой кишечной непроходимости»; Н.Ф. Давыдкин «Применение гипербарической оксигенации в интенсивной терапии больных с открытыми переломами костей».

Последующие научные исследования и опыт клинического применения гипербарической оксигенации в комплексной интенсивной терапии тяжёлых больных были отражены в третьей монографии профессора Ратнера под названием «ГБО-80».

С 1 января 1979 года автор этой статьи был переведен на должность ассистента кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии. Перед ним заведующий кафедрой А.Ф. Краснов поставил задачу организации отделения гипербарической оксигенации для лечения, прежде всего, ортопедо-травматологических больных. Такое отделение было создано, и укомплектовано серийно выпускаемыми барокамерами «Ока-МТ», «Иртыш», а также построенной по индивидуальному проекту многоместной барокамерой «Волга-МТ». Во вновь созданном отделении ГБО-терапии проходили лечение кислородом под повышенным давлением больные, нуждающиеся в интенсивной терапии после тяжёлых травм или обширных ортопедических операций. Работая ассистентом кафедры, автор одновременно руководил отделением ГБО-терапии до 1 мая 1985 г.

Личным научным результатом работы в отделениях гипербарической оксигенации двух ведущих клиник Куйбышевского медицинского института им. Д.И. Ульянова для автора стали защищенная в 1983 году докторская диссертация «Клинико-экспериментальные аспекты применения гипербарической оксигенации при лечении переломов костей» и изданная в 1991 году в соавторстве с академиком РАМНГ А.Ф. Красновым монография «Гипербарическая оксигенация при лечении переломов». Значительные разделы этих работ посвящены применению гипербаричес-

кой оксигенации в комплексной интенсивной терапии больных ортопедо-травматологического профиля.

Конструкция барокамеры «РКУ-Х» и особенно «Волга-МТ» позволяли во время сеанса гипербарической оксигенации проводить инфузионную терапию, что расширяло доступность метода при самых тяжёлых состояниях пациентов.

Профессор Ратнер убедил властные структуры и руководство промышленных предприятий г. Куйбышева о серийном выпуске лечебных барокамер. Их стали изготавливать два завода. На заводе «Гидроавтоматика» было налажено производство портативных барокамер «Иртыш», а на заводе «Металлист» – БЛКС. Барокамерами были оснащены практически все крупные лечебные учреждения и даже некоторые районные больницы. К 1990 году в Куйбышевской области функционировало около 80 барокамер.

Современные гипербарические системы позволяют проводить во время сеанса как инфузионную терапию, так и искусственную вентиляцию лёгких. Это расширило показания к проведению гипербарооксигенотерапии в интенсивной терапии у самых тяжелых больных.

Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, С.В. Долинина, Т.Н. Кондратьева, Л.А. Орлова, С.Г. Петрова, Т.В. Тенишева, Л.А. Ульянова, Е.Д. Шведова провели анализ эффективности применения гипербарооксигенотерапии в интенсивной терапии различных заболеваний по материалам клиник Самарского государственного медицинского университета, городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова, областной клинической больницы имени М.И. Калинина, детской клинической больницы № 1 г. Самары, городской больницы № 1 г. Новокуйбышевска за период с 2003 по 2005 годы.

За три года под наблюдением авторов находилось 874 пациента, которым в комплексной интенсивной терапии было проведено 7256 сеансов гипербарической оксигенации. Лечение проводили в барокамерах «БЛКС», «Ока-МТ», «Иртыш».

Проведенный авторами анализ клинических наблюдений подтвердил результаты глубоких научных исследований, проведенных в восьмидесятые годы XX века профессором Г.Л. Ратнером и его учениками. Тезис профессора Ратнера: «Чем тяжелее состояние больного, тем больше показаний для гипербарооксигенотерапии» не потерял своей актуальности и сейчас.

До настоящего времени, при проведении республиканских съездов, боль-

ших конференций анестезиологов-реаниматологов, в том числе с международным участием, как правило, одно из секционных заседаний посвящено вопросам применения ГБО-терапии в интенсивной терапии больных с различной патологией. Современные гипербарические системы позволяют проводить во время сеанса ГБО искусственную вентиляцию лёгких и инфузионную терапию.

К сожалению, в результате так называемого реформирования здравоохранения, число функционирующих барокамер в области сократилось в 4 раза. Среди всех пациентов, получавших ГБО-терапию в Куйбышевской области, количество больных из отделений реанимации и интенсивной терапии составляло 19-23%. В Самарской области в результате внедрения страховой медицины их количество снизилось до 4-5%.

Проведенные глубокие научные исследования и многолетние клинические данные доказали эффективность ГБО-терапии в комплексном интенсивном лечении больных. Этот вид интенсивной терапии должны получать все нуждающиеся в нём больные, в соответствии со ст. 41 Конституции РФ.

Р.Г. Цыганов

ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

ЦЫГАНОВ РОМАН ГРИГОРЬЕВИЧ
(1926-2011 гг.). Окончил Куйбышевский медицинский институт в 1953 году. Кандидат медицинских наук, врач высшей категории, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Самарского медицинского университета.

Исполнилось 40 лет внедрению оксигенобаротерапии в практическую, научную и педагогическую деятельность клиник Самарского государственного медицинского университета. Из них 30 лет приходится на клинику факультетской хирургии, и свыше 20 лет – на кафедру травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии.

Родоначальником в Куйбышевской области и в числе пионеров в стране, у истоков этого нового и прогрессивного направления стоял заслуженный деятель науки РСФСР, почетный гражданин г. Самары профессор Г.Л. Ратнер. Благодаря находчивости и большим организационным способностям, он сумел из кессонной бочки водолазов создать барокамеру, которая прошла все экспертные комиссии и успешно действует поныне.

Вслед за ним заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии профессор А.Ф. Краснов со своим коллективом, и, прежде всего, ассистентом Р.Г. Цыгановым, на спонсорских началах, за счет поддержки завода аэродромного оборудования (директор – С.А. Писаревский, главный инженер – И.С. Фишман) изготовили первую в стране многоместную (5 мест) барокамеру, опередив Москву, Ленинград и другие города. В то же время опыт работы с одноместной барокамерой, несомненно, учитывался при ее создании. Вновь созданная многоместная барокамера прошла все положенные экспертизы, была признана индивидуально-оригинальной, особенно с противоаварийной точки зрения, и по паспорту получила название «Волга-МТ».

Наряду с указанными достижениями в те же годы впервые в стране было организовано стационарное отделение гипербарической оксигенации.

В развитии нового направления, кроме указанных лиц, активно участвовали профессор Н.Ф. Давыдкин, врачи Н.К. Фотеева, Л.А. Орлова, С.А. Горлов, медицинские сестры Н.Р. Генаева, Т.П. Николаева.

За прошедший период отделение оксигенобаротерапии оказало положительное влияние на развитие различных направлений: учебного, научного, лечебного, организационного, социального и других процессов, достаточно сказать, что к нам приезжали учиться многие специалисты из различных городов и республик, в том числе академик С.Н. Ефуни из Москвы. Венцом успеха куйбышевской-самарской оксигенобаротерапии является высшая награда темы «Сухожильно-мышечная пластика – новое направление в системе реабилитации травматолого-ортопедических больных», где немалую роль сыграла гибербарическая оксигенация.

Клиническое отделение гипербарической оксигенации существовало с конца 1979 года. В отделении предусмотрена госпитализация больных с дегенеративными дистрофическими заболеваниями позвоночника, крупных суставов, болезнью Бехтерева, последствиями травм черепа и вещества головного мозга, замедленной консолидацией переломов трубчатых костей и пр., в патогенезе которых важную роль играет нарушение микроциркуляции, замедление кровотока, развитие отека тканей, что ведет к снижению доставки кислорода, нарушает ферментативные и метаболические процессы. В тканях эти процессы протекают с хронической кислородной недостаточностью.

Наиболее перспективным для воздействия на репаративные процессы является воздействие на местный обмен веществ.

Для уменьшения гипоксии и улучшения оксигенации тканей, в настоящее время широко используется лечение кислородом под повышенным давлением. Возможности гипербарической оксигенации в травматологии и ортопедии практически не изучены. К исследованию этой проблемы мы приступили 30 лет назад. В экспериментах на животных изучены некоторые стороны данной проблемы по электрофизиологическим, биохимическим, морфологическим, рентгенологическим и лабораторным показателям. В отделении лечебных барокамер установлены камеры «Ока-МТ», «Иртыш», «Волга-МТ».

Многоместная камера изготовлена по индивидуальному проекту в соответствии с существующими технологическими требованиями, барокамера допущена к эксплуатации комитетом по новой медицинской технике МЗ СССР. Объем камеры –13 м^3; шлюз – 5 м^3. Управление камерой проводится со специального пульта, на котором размещены вентили подачи кислорода, воздуха, приборы для измерения температуры и влажности в камере, содержания в ней кислорода и углекислого газа, смонтирована система связи и пожаротушения. В отдельном здании установлен компрессор производительностью 4 м^3/мин с рабочим давлением 200 кг/кв.см. Автономное снабжение кислородом осуществляется через газификатор. В основном отсеке одновременно могут проходить лечение трое больных. Тяжелые больные, больные с громоздкими гипсовыми повязками располагаются на каталке-кровати, остальные в положении сидя.

Наш опыт показал, что при лечении травм и заболеваний опорно-двигательной системы сеансы при 1 ати не всегда обеспечивают должный эффект, для режимов в 1,5-2 ати используем многоместную камеру «Волга-МТ». Режим подбираем индивидуально с учетом ряда условий. Курс включает до 20 сеансов ГБО, короткими циклами по 4-5 сеансов с интервалами между ними в 2 дня. Лечение начинали с пробных сеансов при давлении 1 ати в течение 15 мин. В последующем длительность сатурации увеличивали.

С 1979 года через клиническое отделение прошли 4107 больных с остеохондрозом, анкилозирующим спондилоартритом, деформирующим артрозом крупных суставов, последствиями черепно-мозговой травмы, замедленной консолидацией переломов длинных трубчатых костей, облитерирующими заболеваниями сосудов. Не останавливаясь на частных моментах результатов лечения, скажем, что улучшались показатели функции дыхания, объем движения в позвоночнике и суставах, биохимические показатели крови, электромиографические характеристики мышечной системы. Подробные сведения можно получить в работах сотрудников кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, руководимой академиком А.Ф. Красновым (Н.Ф. Давыдкин, 1977 г., А.А. Швецов, 1980 г.).

Л.А. Орлова

ПЕРСПЕКТИВЫ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ОРЛОВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСЕЕВНА

родилась в 1949 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1974 году.

В клиниках медицинского института – с ноября 1977 г. – на должности врача отделения гипербарической оксигенании клиники факультетской хирургии, а с января 1980 года — врача бароцентра в клинике травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Врач-терапевт высшей квалификационной категории. Ветеран труда.

В начале 60-х годов в клинике факультетской хирургии успешно начала развиваться кардиохирургия. Операции проводили на «сухом» сердце с применением аппарата искусственного кровообращения. Но возникавшие тяжелые гипоксические нарушения после долгих и больших операций заставляли искать пути борьбы с ними.

Внимание профессора Г.Л. Ратнера привлекла работа голландского хирурга Борема о лечении гипоксических состояний кислородом в камере повышенного давления. Коллектив клиники с подъемом начал работу в этом направлении. Сделать такую камеру на местных заводах не получилось. С немалыми трудностями удалось найти у водолазов и доставить в марте 1965 г. в клинику новую рекомпрессивную барокамеру РКУ-Х. Было выделено и отремонтировано помещение для установки камеры и компрессоров.

Началась клиническая эксплуатация барокамеры (иногда до 14 часов в сутки). Заведовать отделением был назначен А.А. Ненашев. Одновременно с практической работой началась и научная деятельность. Сначала это были работы по изучению влияния ГБО на функциональные показатели при заболеваниях сердца (В.Х. Таов, А.М. Токарева, В.С. Тюмкин, В.П. Лебедева); при кровопотерях с длительной гипотензией (Т.П. Сидоров). Одновременно с этими работами проводили исследования по применению гипербарической оксигенации при анаэробных инфекциях (А.А. Ненашев, 1972 г.). Показания к проведению лечения в барокамере расширялись:

ГБО применялась у больных с распространенным перитонитом (В.А. Мамистов, 1979; А.С. Дильдин, 1977 г.), в предоперационной подготовке больных с диффузным токсическим зобом (Л.П. Дровянникова 1979 г.), для профилактики развития соединительной ткани после операций и манипуляций (В.И. Белоконев, 1976 г.).

В 1979 году в клинике травматологии и ортопедии, руководимой профессором А.Ф. Красновым, появилась одноместная барокамера «ОКА-МТ», а в 1982 г. – уникальная воздушная многоместная барокамера «Волга-МТ», сделанная по специальному заказу на одном из местных оборонных заводов. Для многоместной барокамеры «Волга-МТ» разработана система пожаротушения, которая давала возможность проводить сеансы на высоком давлении – до 3 ати быстрого обеспечения локального тушения пожара в барокамере (пистолетный вариант гидротушения) и общего тушения (с внешнего пульта, управления). Для более детального ознакомления с системой пожаротушения в многоместной барокамере я отсылаю к статье «Обеспечение пожарной защиты многоместной барокамеры» (Г.П. Котельников, Л.А. Орлова, Н.К. Фотеева).

Так в клиниках открылось второе отделение гипербарической оксигенации, на базе которого был организован межобластной бароцентр для лечения ортопедо-травматологических больных.

Он включал в себя отделение на 20 коек для больных, получающих гипербарическую оксигенацию в условиях стационара.

При консультативной поликлинике одновременно функционировал дневной стационар для больных, получавших ГБО в амбулаторных условиях.

Первым заведующим стал кандидат медицинских наук Н.Ф. Давыдкин. Самый большой материал в стране по применению гипербарической оксигенании при лечении переломов костей был проанализирован в докторской диссертация Н.Ф. Давыдкина. Он показал, что устраняя гипоксию тканей, уменьшая ацидоз с помощью ГБО, врач добивается уменьшения зоны некроза костных отломков и активации образования остеоидной ткани. Итогом проделанной работы (экспериментальной и клинической) стала монография А.Ф. Краснова, Н.Ф. Давыдкина «Гипербарическая оксигенация при лечении переломов», 1991 г.

В барокамере лечились больные, перенесшие травматический шок, острую кровопотерю, получившие множественную и сочетанную травму,

закрытые и открытые переломы костей, с нарушением репаративных процессов. Значительную группу составили больные с ортопедическими болезнями, с последствиями полиомиелита, дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и крупных суставов, болезнью Бехтерева; после обширных ортопедических операций, удлинения конечностей, сухожильно-мышечной пластики, микрохирургических вмешательств. Привожу несколько цифр, отражающих динамику больных по нозологическим признакам.

Заболевания (в %) по годам	**2005**	**2006**	**2007**
Ортопедо-травматологического профиля	51,5	61,0	65
Гнойная хирургическая инфекция	2,0	2,5	62
Перитониты, парез кишечника	2,0	2,5	2,7
Нарушение мозгового кровообращения и состояния после операций на артериях шеи	5,0	2,0	3,4
Облитерирующие заболевания конечностей	32,0	22,0	11,0

В 1980 году началась разработка способа лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, который получил рационализаторское удостоверение (Р.Г. Цыганов, Л.А. Орлова). В дальнейшем была защищена кандидатская диссертация Л.Р. Цыгановым.

В 1987 году получено авторское свидетельство на изобретение: «Способ лечения деформирующего гонартроза» (авторы Г.П. Котельников, А.П. Чернов, Л.А. Орлова). С целью сокращения сроков лечения в сустав вводили кислород и помещали больного в барокамеру. Данная разработка легла в основу кандидатской диссертации Ю.В. Ларцева.

Отделение ГБО в клинике травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии просуществовало до 2005 года. В связи с реорганизацией базирования клиник, отделение ГБО клиники влилось в состав общеклинического отделения гипербарической оксигенации, которое, в свою очередь, выделилось из состава клиники факультетской хирургии.

В настоящее время отделение ГБО включает в себя 3 барозала, в которых размещены одноместные барокамеры «ОКА-МТ» (3 единицы) и БЛКС (2 единицы). Барозал 1-й расположен на территории факультетской хирургии, барозал 2-й – в реанимации, барозал 3-й – в лечебно-диагностическом корпусе. Это дает возможность охватить лечением ГБО многочисленные группы больных многопрофильного направления, существующего в клиниках Самарского медицинского университета.

Заслуживает внимания методика лечения отеков нижних конечностей, предложенная сотрудниками отделения И.С. Баишевым, С.Г. Петровой, защищенная авторским свидетельством – «Применение перемежающейся компрессии при отеках нижних конечностей» («камера, в камере»).

В комплексном лечении больных гипербарическая оксигенация нашла отражение в диссертационных работах С.В. Ардатова, Ю.В. Ларцева, А.С. Панкратова.

Отделение ГБО готовило кадры для других лечебных учреждений: Е.Д. Шведова – зав. отделением областной больницы им. Калинина; А.А. Бобошко – заведующий отделением, г. Тольятти; В. Кузнецов и другие.

Первым заведующим отделением гипербарической оксигенации был Александр Андреевич Ненашев (1966-1973 гг.).

В разные годы отделениями гипербарической оксигенации заведовали: Н.Ф. Давыдкин (1975-1978 гг.), Л.П. Дровянникова (1978-1985 гг.), С.Г. Петрова (1989 по настоящее время). В клинике травматологии и ортопедии отделением заведовала Н.К. Лапатухина (1984-2000 гг.). Среди первых сотрудников барокамеры был Григорий Михайлович Чумаченко.

Новый метод, а вернее новое направление в клинической практике – гипербарическая оксигенация, рожденная пытливым умом профессора Г.Л. Ратнера, оказалась перспективной и широко используемой в комплексном лечении различных заболеваний и состояний.

С.Г. Петрова
ОБ ИСТОРИИ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В САМАРЕ

ПЕТРОВА СВЕТЛАНА ГРИГОРЬЕВНА

родилась в 1953 году. Окончила Куйбышевский медицинский институт в 1978 году. В клиниках университета – с 1984 года. Заведующая отделением ГБО, врач высшей квалификационной категории.

В начале 60-х годов, с приездом в Куйбышев профессора С.Л. Либова, в клинике факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института начала успешно развиваться кардиохирургия. Операции проводились с применением аппарата искусственного кровообращения (АИК). Сотрудники клиники, под руководством профессора Г.Л. Ратнера подавали немало рац. предложений по усовершенствованию этого аппарата. На I Республиканской конференции изобретателей и рационализаторов ими были представлены три модели АИК.

Но тяжёлые гипоксические нарушения после продолжительных операций побуждали к поиску новых направлений в решении этой проблемы. О лечении гипоксических состояний кислородом в камере повышенного давления сообщал голландский хирург Борема. Коллектив клиники с подъемом начал работать в направлении приобретения барокамеры. Сделать на местных заводах такую камеру не получилось. С немалыми трудностями удалось найти у водолазов и доставить (в марте 1965 г.) в клинику новую рекомпрессионную барокамеру РКУ-Х. Было выделено и отремонтировано помещение для установки барокамеры и компрессоров.

25 ноября 1965 г. началась эксплуатация двухместной барокамеры РКУ-Х. Иногда она работала по 14 часов в сутки. Заведовать отделением был назначен А.А. Ненашев. Активно помогали ему непосредственно в лечении больных Н.В. Левашов и О.Т. Храмов. Началась научно-практическая деятельность сотрудников по лечению различных состояний с применением гипербарической оксигенации. Сначала это были работы по

влиянию ГБО на функциональные показатели при заболеваниях сердца, при кровопотерях. Потом появились работы по борьбе с анаэробной инфекцией с помощью ГБО. Так, диссертация Н.Д. Измайловой была посвящена влиянию ГБО на функциональные показатели больных с заболеваниями сердца, лёгких и сосудов. Т.П. Сидоров применял ГБО при длительной гипотензии, вызванной кровопотерей. А.А. Борок показал в своей диссертации «Клиника и лечение тяжёлых форм столбняка», что ГБО обеспечивает полноценный газообмен в организме больных столбняком, уменьшает частоту и силу судорог. В.А. Мамистов и А.С. Дильдин снизили процент летальности больных перитонитом при помощи гипербарической оксигенации. Показания к проведению лечения в барокамере расширялись. ГБО стала применяться в комплексном лечении больных с диффузным токсическим зобом (диссертация Л.П. Дровянниковой), для уменьшения развития рубцовой ткани после различных операций и манипуляций (диссертация В.И. Варгузиной и В.И. Белоконева). Доклад сотрудников клиники о применении гипербарической оксигенации на XXIV международном конгрессе хирургов вызвал большой интерес. Boerema прислал Георгию Львовичу Ратнеру свой портрет.

В 1975 г. была приобретена одна барокамера ОКА-МТ, затем вторая. М.П. Лесных сравнил результаты лечения больных в воздушной и кислородной камерах. Во время заведования отделением Н.Ф. Давыдкин успешно стал применять метод лечения «камера в камере». Метод ГБО при лечении переломов конечностей был проанализирован в диссертации Н.Ф. Давыдкина. Он показал, что снимая гипоксию тканей, уменьшая ацидоз с помощью гипербарической оксигенации, врач добивается уменьшения некроза костных отломков и активации образования остеоидной ткани. У таких больных использовался метод «камера в камере». Этот метод успешно применялся при лечении диабетических ангиопатий (В.А. Рудуш), болезни Рейно (Г.Е. Слуцкер), отёках конечностей (И.С. Баишев, совместно с С.Г. Петровой). В 1991 г. для дальнейшего применения этого метода в клинической практике врачами С.Г. Петровой и И.С. Баишевым, инженером Н.А. Бочкарёвой в сотрудничестве с конструкторами завода «Металлист - Самара» был создан гипербарический комплекс на базе барокамеры БЛКС СГ. Эта работа проводилась под руководством профессора Г.Л. Ратнера.

Труд сотрудников клиники факультетской хирургии обобщался и публиковался в виде монографий: «Гипербарооксигенотерапия», 1970 г. (удо-

стоена диплома I степени МЗ РСФСР); «Лечение кислородом под повышенным давлением», 1974 г.; «ГБО-80», 1980 г. Во второй монографии Г.Л. Ратнер очень подробно описал, как изготавливается барокамера с учётом предупреждения аварийных ситуаций и создания более комфортных условий для пациента и врачей. Одна из глав посвящена опасностям и осложнениям гипербарической оксигенации. Георгий Львович предложил выделять три вида воздействия гипербарического кислорода: биологическое, фармакологическое и токсическое. Это было очень важно для врачей, чтобы отойти от упрощенного представления о гипербарической оксигенации.

В 1979 г. в клинике травматологии и ортопедии, руководимой профессором А.Ф. Красновым, появилась барокамера ОКА-МТ, а в 1982 – уникальная воздушная барокамера «Волга-МТ», сделанная по заказу на одном из местных оборонных заводов. Так, в клиниках появилось второе отделение ГБО.

Опыт применения его в клиниках прозвучал в виде докладов на международных форумах: на VII Международном конгрессе по гипербарической медицине, на I Европейской конференции по ГБО в Амстердаме (1983 г.), на II неделе в Милане (1991 г.), на Международной конференции по ГБО на Капри (1991 г.).

С 2002 г. в клиниках функционирует одно объединенное отделение гипербарической оксигенации. Ежегодно в нем проводится более 6000 сеансов ГБО. В марте 2005 года исполняется 40 лет отделению гипербарической оксигенации клиник СамГМУ, 40 лет ГБО в Самаре, 40 лет ГБО в Поволжье. Отделение стало *alma mater,* базой подготовки кадров для открытых с начала 80-х годов друг за другом отделений ГБО в больнице им. Пирогова, Самарской областной больнице им. Калинина и др., а также в больницах Тольятти и других городов Самарской области.

Глава 8.

ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОСТАТЕЙНОЙ ВАЖНОСТИ

А.Е. Абрамов
ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ – БОЛЕЕ 30 ЛЕТ В СИСТЕМЕ КЛИНИК

Абрамов Анатолий Евгеньевич,
родился в 1951 году. Окончил в 1975 году Куйбышевский медицинский института им. Д.И. Ульянова. Врач-трансфузиолог высшей квалификационной категории. Возглавлял отделение переливания крови клиник с марта 1976 по октябрь 1987 года и с июня 1996 по апрель 2007 года. В настоящее время – врач-трансфузиолог отделения анестезиологии-реанимации клиник СамГМУ. Награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства здравоохранения Самарской области, ФНПР Самарской области, Обкома профсоюза работников здравоохранения и юбилейной медалью «100 лет профсоюзам России».

3 февраля 1969 года Министерство здравоохранения СССР издало приказ № 82, в соответствии с которым во всех ЛПУ, имеющих 150 и более коек и потребность в крови не менее 120 литров в год, должны быть открыты отделения переливания крови (ОПК) различных категорий мощности. В клиниках Куйбышевского медицинского института отделение переливания крови было открыто в 1973 году.

До этого функции обеспечения отделений клиник консервированной кровью выполнял пункт переливания крови (ППК), возглавляемый Игорем Николаевичем Кабановым, впоследствии кандидатом медицинских наук и ассистентом кафедры госпитальной терапии.

Для размещения отделения была выделена часть первого этажа в здании ЦНИЛа и вивария КМИ (ул. Гагарина, 20). Имелась боксированная опера-

ционная для взятия крови у доноров на два лежачих донорских места с предбоксом и предоперационной. Для осмотра доноров приспособили большую комнату, разгородив ее шкафами на две части – для дерматовенеролога и для терапевта.

Доноры ожидали приема в длинном коридоре, окна которого выходили во двор вивария, где стояли собачьи будки, клетки для кроликов и бродил огромный баран. Так как здание ЦНИЛа находилось в зарослях позади инфекционного корпуса, найти его было не так-то просто. На языке приходящих к нам доноров наше здание именовалось «собачником», а собачий лай был для них прекрасным ориентиром. Некоторые доноры всерьез полагали, что их кровь идет «для опытов» и ее переливают именно этим собачкам.

Весь медицинский персонал отделения во главе с заведующим размещался в маленькой комнатке, площадью около 12 кв. м. Самое лучшее место, у окна, занимал стол лаборанта Зинаиды Ивановны Родиной. Торцом к нему слева стоял стол заведующего, с телефоном и маленьким сейфом за спиной. Вдоль стены, ближе к двери, стояла тумбочка с сухожаровым круглым шкафом для прожарки пробирок и мойка. На стене над мойкой висели самодельные приспособления для сушки помытых пробирок. Они представляли собой широкие доски с деревянными штырьками, на которые нанизывались пробирки после мытья, чтобы с них стекала вода. (Кстати, технология с тех пор практически не изменилась).

А за перегородкой, справа от входа, еле-еле размещался стол старшей медсестры Валентины Васильевны Дорониной и стеллаж с бельем за шторкой.

В операционном блоке командовала первая операционная медсестра ОПК Т.Г. Суволокина, которая в последующем перешла на должность медсестры-анестезистки. После нее операционной медсестрой длительное время работала З.В. Зюзина, – в настоящее время медсестра отделения реанимации и интенсивной терапии.

Оснащение ОПК было минимальным: лабораторная центрифуга, водяная баня-термостат для определения резус-фактора, холодильный шкаф ШХ-1 для хранения консервированной крови и альбумина, гинекологическое кресло для осмотра женщин-доноров дерматовенерологом – и всё.

Первой заведующей ОПК была Любовь Александровна Метроголова, в последующем заведующая гематологическим отделением клиники госпи-

тальной терапии, а тогда молодой начинающий врач. Именно ей выпала тяжесть организации и открытия отделения, подбора и обучения первых сотрудников. Вскоре Любовь Александровна поступила в клиническую ординатуру, но, по просьбе главного врача клиник Э.С. Ахметзяновой, продолжала «опекать» отделение до прихода нового заведующего. Им стал Григорий Михайлович Чумаченко, перешедший через короткое время на должность заведующего Железнодорожным райздравотделом.

Я занял вакантную должность заведующего ОПК в марте 1976 года по рекомендации моего учителя, профессора В.А. Германова. Прошел двухнедельную стажировку на областной станции переливания крови – и вперед! Осваивать тонкости клинической и производственной трансфузиологии пришлось «на ходу», много читал, изучал приказы и инструкции, учился у своих опытных медсестер. В дальнейшем прошел обучение в Центральном институте переливания крови в Москве, на базе Белорусского ГИДУВа, а также по линии военкомата в 60-й окружной СПК. Большую практическую помощь оказывал заместитель главного врача клиник, мой непосредственный начальник А.И. Сандрюков, а затем – П.А. Королева, Л.В. Сиднева, многие заведующие лечебными отделениями.

Помимо перечисленных выше, в отделении работали по совместительству «приходящие» врачи – дерматовенерологи и терапевты для осмотра доноров два раза в неделю и врач-лаборант. По действовавшей тогда инструкции по медицинскому освидетельствованию доноров, обязательным был полный осмотр дерматовенерологом и терапевтом. В разное время терапевтами в ОПК работали Н.Н. Митина, А.И. Королюк, Т.В. Моисеева и др. Длительное время функции врача терапевта по совместительству выполнял и я сам, а вот дерматовенерологами у нас поработали почти все врачи клиники кожных и венерических болезней. По донорским дням (вторник и четверг) осматривать доноров приходили Е.В. Орлов, ныне профессор, заведующий кафедрой, бывшие заведующие отделениями В.М. Филиппова и Р.П. Куликовская, врач Э.Г Столовицкая и другие. Потом, длительное время, до отмены осмотра доноров дерматологом, эту платную должность занимала моя однокурсница М.В. Колядицкая.

С младшим медицинским персоналом у нас тогда проблем не было. Существовала система вечернего «рабфака» – подготовительного отделения при институте и льгот при поступлении в мединститут для тех, кто имеет

медицинский стаж два года в должности младшего медперсонала. Было в нашем институте и вечернее отделение для окончивших медицинские училища.

В клиниках постоянно работали десятки будущих абитуриентов, зарабатывающих медицинский стаж и готовящих себя к работе медика. Такая система позволяла, с одной стороны, вчерашним выпускникам школы проверить правильность своего профессионального выбора. С другой стороны, прекрасно решала проблему с санитарами. У меня в отделении всегда работали очень хорошие ребята и девочки. На три штатные санитарские должности был чуть ли не конкурс, все-таки работа в ОПК была и полегче, и «почище», чем в коечных отделениях. Обычно мы брали детей и родственников сотрудников. Через год-два почти все они в итоге поступали в институт вне конкурса или через «рабфак». Я до сих пор встречаю своих бывших санитаров, медицинских сестер и лаборантов, давно окончивших институт, взрослых, солидных докторов. Некоторые заходят к нам специально поговорить, поделиться, показать детей. Хорошо помню санитаров Ольгу Тукумцеву, Ирину Макарову, Елену Бусыгину, Сашу Саладзе, Абессалома Менабде, лаборантов В.В. Карташова, В. Коновалову и других.

В задачи отделения тогда входило обеспечение отделений клиник донорской консервированной кровью, компонентами крови (сухая плазма, антигемофильная плазма), препаратами крови (альбумин, фибриноген, фибринная пленка, тромбин), кровезаменителями, а также организация и контроль трансфузионной терапии в отделениях.

Ежегодно ОПК получало план заготовки крови, план выездных дней донора на прикрепленных предприятиях Ленинского района, утвержденный Райисполкомом и РК Красного Креста, обязательный для всех руководителей. В отдельные годы мы заготавливали в стеклянную тару более 1000 - 1300 л консервированной крови от 2500 - 3200 доноров. Никакой первичной переработки крови мы тогда не производили, излишки после истечение срока годности для переливания отправляли в Областную СПК для переработки.

Хочется отдельно рассказать о выездных днях донора на прикрепленных предприятиях. За нашим ОПК были закреплены Центральный телеграф, Жигулевский пивкомбинат, детская поликлиника на ул. Ярмарочной, 17 горполиклиника на ул. Мичурина, ТТУ, пассажирские и грузовые АТК, находящиеся в ведении МСЧ № 16 (главный врач Т.С. Кшнякина), вузы, расположенные в Ленинском районе, и другие. Подготовка начиналась

за две до времени «Ч». Большое участие в организации донорства принимал Ленинский райком комитета Красного Креста во главе с его председателем Р.Т. Антупицкой.

С одной стороны, готовились организации – составлялись списки доноров, выверялись отводы, составлялось меню, закупался на средства администрации «доппаек» к нашему обязательному донорскому обеду, готовились помещения для развертывания пункта взятия крови. Обычно мы работали в помещениях здравпунктов, красных уголков. Надо сказать, что тогда почти во всех организациях были прекрасные здравпункты, которые содержала администрация за счет предприятия.

С другой стороны, большая подготовка проводилась и нами, дело в том, что взятие крови мы проводили резиновыми многоразовыми системами, которые нужно было смонтировать, простерилизовать. Операционная медсестра с санитарками должна была проверить каждую резиновую магистраль, соединить их контрольной стеклянной трубочкой, подсоединить колющую (потоньше) и флаконную (толстую) иглы. Отдельно монтировались воздушные иглы с резиновым «хвостиком», снабженным ватным фильтром. Иглы надо было постоянно затачивать. Это была очень ответственная и тяжелая работа. Мы возили с собой на выезды тяжеленные огромные биксы с системами, стерильным бельем, а также комплекты для переодевания доноров и многое другое оснащение, необходимое для работы в выездных условиях.

Часто мы приспосабливались к режиму работы предприятий. Так, например, в автохозяйства мы приезжали с таким расчетом, чтобы начать работу как можно раньше утром, до выезда машин на линию. Зимой, в сильный мороз, по темноте мы добирались до отделения, грузились в предоставленный транспорт. На выездах нам, конечно, очень помогали хозяева, которые брали на себя всю вспомогательную работу, осмотр, подготовку доноров, обеспечивали оказание помощи при обмороках. Мы же занимались только непосредственно заготовкой крови. Надо отметить, что уже тогда в отделении была стопроцентная взаимозаменяемость персонала, поэтому на взятие крови вставали и старшая медсестра, и лаборанты, и выделяемые из отделений клиник опытные процедурные медсестры, многие из которых становились нашими постоянными помощницами на выездах. Наши санитарки становились «на жгуты», на регистрацию, укупорку и маркировку заготовленной крови. Работа проходила четко, слаженно.

Особенно тяжелыми и сложными были ежегодные большие дни доноров, так называемые учения по ГО, организуемые в вузах Ленинского района. Учения длились 2-3 дня, за это время наша бригада с помощниками заготавливали кровь от 500-600 доноров. После этого мы целую неделю «обрабатывали» заготовленную кровь, выполняли лабораторные исследования, отбраковку непригодной к переливанию крови, паспортизировали флаконы с кровью, размонтировали и готовили к новому применению системы для взятия крови. Если учесть, что максимальный срок годности консервированной крови был всего 21 день со дня заготовки, то ясно, что использовать такие объемы крови в клиниках мы не могли физически. Поэтому почти всю массовую заготовку нам приходилось отправлять для переработки в Областную СПК.

Помимо обязательных выездов по графику, каждый год мы выезжали на день донора в клинику травматологии и ортопедии. Работой по организации дня донора в клинике занималась врач-лаборант клиники Н.В. Душулина, заслуженный врач РФ. Все медицинские работники, годные по состоянию здоровья к даче крови, проходили через развернутый в одной из операционных клиники донорский пункт. Нелли Васильевна активно помогала нашей бригаде, организовывала прекрасный обед для доноров и выездную торговлю каким-нибудь «дефицитом», что было очень актуально в то время. Врачи, медсестры, санитарки, студенты сдавали кровь и продолжали рабочий день в обычном режиме.

Должен отметить, что почти все донорство в то время было безвозмездным. Донор получал за сданную кровь значок «Капелька крови», памятную открытку – благодарность, справку на два дня отгула и талончик на обед стоимостью 1 руб. 32 копейки. А в донорских отделениях к открытию стояли очереди, мы даже отбирали доноров нужной нам группы крови из этой очереди и часто ограничивали количество принятых доноров. Хочется отметить активное участие студентов в безвозмездном донорстве. Помимо тех организованных дней донора, они несколько раз в течение года сдавали кровь непосредственно в ОПК, зарабатывая тем самым себе отгулы.

В начале 80-х годов было принято решение о строительстве нового учебно-административного корпуса, в котором планировалось разместить отделение переливания крови. В течение всего строительства мне пришлось корректировать проект, наблюдать за ходом отделочных работ. И вот, в 1984 году, от главного врача клиник заслуженного врача РСФСР Э.С. Ахметзяновой поступила команда переселяться в новое помещение. Нам

выделили лошадь с телегой, на которой мы, в основном собственными силами, и перевезли под дождем свое нехитрое имущество. Буквально на второй день, когда ректор – профессор А.Ф. Краснов приехал посмотреть, как идет заселение корпуса, и зашел в наш отсек, персонал ОПК работал. Лаборанты делали анализы, были подключены холодильники с кровью, разбиралось и расставлялось имущество. После неимоверной тесноты мы оказались в прекрасном, специально спроектированном помещении, где у каждого функционального подразделения был свой кабинет, свое место. Самый лучший, просторный и светлый кабинет заняла лаборатория. В огромной операционной, площадью 36 кв. м., пока еще без бокса, расставили оборудование и оснащение по схеме работы на выезде – в центре – стерильная зона, а по периметру – места для доноров и вспомогательного персонала. По этой схеме мы работали довольно долго, пока добились, наконец, устройства бокса. Придумал, как и из чего его сделать, бывший тогда заместитель главного врача по АХЧ В.Д. Козлов. Помещение операционной разгородили на две зоны – бокс и предбокс – стеклянными вертикальными толстыми трубами, закрепленными в каркасе из уголка. Среднюю часть сделали из толстого стекла, в котором вырезали окошечки для рук доноров, с внутренней стороны приделали подлокотники, обитые пластиком. И мы заработали по всем правилам. Наличие бокса позволило нам одними из первых среди ОПК города начать первичное фракционирование донорской крови – разделение ее на эритроцитную массу и нативную плазму. Первая такая манипуляция была осуществлена операционной медсестрой Н.Г. Городь в феврале 1986 года. Центрифуги для «откручивания» флаконов в ОПК тогда не было, заготовленная кровь отстаивалась в холодильнике до утра, за это время происходило спонтанное оседание эритроцитов, и можно было «снимать» плазму. Учитывая срок годности нативной плазмы (3 суток с момента заготовки крови), мы изготавливали строго ограниченное заявкой количество доз плазмы различных групп и только два раза в неделю. К замораживанию и длительному хранению свежезаготовленной плазмы мы перешли гораздо позднее, так же как и к работе одноразовыми системами для взятия крови. Это была подлинная революция в технологии работы.

В новом отделении мы получили и прекрасные условия для размещения доноров. На кухне готовился чай, которым поили доноров перед дачей крови, в коридоре выгородили отсек для переодевания доноров в специальные комплекты – белая рубаха, брюки, бахилы и плотная маска,

закрывающая всю голову и лицо и имеющая прорезь только для глаз. Такие строгие были требования по асептике, так как заготовка крови велась по открытой системе и велика была опасность ее инфицирования. К нашей чести, благодаря тщательному соблюдению всех требований, добросовестной обработке оперблока, правильной подготовке многоразовых систем и флаконов, мы не имели ни одного случая инфицирования крови, даже во время работы в ужасных условиях вивария, не говоря уж о новом отделении. Наш врач-лаборант А.А. Коржавый, прочитав в журнале «Гематология и трансфузиология» статью, в которой описывался аппарат для обеззараживания воздуха в операционных, своими руками изготовил аналогичный «агрегат». Устройство представляло собой вертикальный ящик на колесиках из покрашенной фанеры, внутри которого размещались 6 или 8 мощных кварцевых ламп и вентилятор, прогоняющий воздух через эту камеру. На выходе мы получали практически стерильный воздух. Мы включали это устройство и «на стационаре» при длительной работе в боксе, брали его с собой и на выезды.

Вообще, у Анатолия Анатольевича были умелые руки. Когда нам пришлось налаживать у себя исследование крови доноров на HBS-антиген, он приспособил стандартный прибор для электрофореза, сам изготовил стекла, пробойники, трафареты. А уж агар-агар, который он путем многодневной промывки и сушки приготавливал из обычного серого отечественного сырья, по качеству не уступал фирменному импортному. Анализы получались прекрасно, хотя методика встречного электро-иммуноосмофореза была, что называется, не блестящей, длительной и довольно сложной технически для выполнения.

А.А. Коржавый как врач-лаборант выполнял донорские анализы на группу крови и резус-принадлежность и на выявление австралийского антигена и антител к нему (до перехода на методику ИФА и передачи этого исследования в единую для всех лабораторию ОСПК). Серологические анализы на сифилис, бруцеллез, а также качественное определение билирубина, а затем алат проводила для нас Центральная лаборатория клиник. В бактериологической лаборатории, в строгом соответствии с инструкцией контролировались посевы воздуха нашей операционной, смывы с рук эксфузиониста, белья, инструментов, флаконов и локтевых сгибов доноров, а также пробы заготовленной крови и ее компонентов.

Централизованное определение группы крови и резус-фактора больным проводили лаборанты со средним медицинским образованием. В этом, казалось бы, рутинном деле, также на протяжении лет, произошли значительные сдвиги. Длительное время резус-фактор определялся реакцией конглютинации на водяной бане, на чашках Петри. Использовались групповые антирезусные сыворотки. Методика была громоздкой, длительной, требовался большой опыт лаборантов, чтобы получать достоверные результаты. В начале 80-х годов мы перешли на новую методику определения резус-фактора универсальным реагентом в пробирках без подогрева, которым пользуемся до настоящего времени. Это тоже была своеобразная «революция» в работе лабораторий службы крови. Помню, что мои лаборанты не сразу стали доверять новой методике и, пока еще оставались запасы сывороток, параллельно проверяли полученные результаты старым способом. Но метод оказался очень хорошим, достоверным. Занимал всего 3 минуты, был простым и удобным технически, не требовал никакого дополнительного оснащения. В конце 90-х годов появились реагенты для определения группы крови и резус-фактора с помощью высокоспецифичных моноклональных антител. Реакция агглютинации при этом происходит практически мгновенно, как мы говорим, «на палочке». Однако, никто не отказался от проверенных временем прежних методик, а «цоликлоны» мы используем как дополнительный метод в сомнительных и сложных случаях. Тем более, что имеется ряд особых состояний, при которых определить группу крови с их помощью просто невозможно.

Со временем набор лабораторных исследований крови доноров изменялся. Было отменено определение билирубина, реакция на бруцеллез, введено обязательное определение активности АлАт, антител к вирусу гепатита и ВИЧ.

Еще в начале 80-х годов у себя в ОПК мы завели картотеку наших доноров, столкнувшись с многочисленными фактами несоблюдения донорами установленных интервалов между кроводачами и повторных кроводач донорами, ранее уже «забракованными» по анализам. Некоторые из них ухитрялись сдать кровь по 3-4 раза в течение месяца в разных ОПК города, так как никакого обмена информацией между нами не было, что приводило к анемизации доноров, конфликтам на производстве и проверкам достоверности выданных многочисленных донорских справок, повторному отбраковыванию крови одних и тех же доноров по анализам и увеличению процента брака крови, которого вполне можно было бы избежать при наличии базы данных.

И только в конце 90-х годов в области была разработана компьютерная программа для службы крови, позволяющая вести учет доноров во всех ОПК и обмениваться информацией между ними через единый центр Областной СПК. В 1998 году директор клиник профессор Е.А. Столяров по нашей просьбе приобрел для ОПК приличный по тем временам компьютер, что дало нам возможность войти в эту систему. Прием доноров стал проходить только по паспортам, был запрещен прием доноров из других областей, сформировалась база отводов от донорства по срокам, медицинским противопоказаниям, результатам анализов. В эту базу стекались сведения из центров санэпиднадзора и по борьбе со СПИДом, наркологической и противотуберкулезной служб и т. д. Перед регистрацией донор проверялся по базе данных и допускался к кроводаче или отводился от нее. Снялись все проблемы, о которых было сказано выше.

В конце октября 1987 года я был переведен на другую работу и в свое родное отделение вернулся вновь только в июле 1996 года. За это время отделением заведовали врачи Л.Ф. Калашник и М.Н. Торопцева. Была приобретена центрифуга, которая использовалась для первичного разделения крови доноров на компоненты. Отделение стало производить эритроцитную массу и свежезамороженную плазму. Фракционированию подвергалось практически 100% всей заготовленной крови. С моим возвращением постепенно был заменен весь медицинский персонал отделения. Одновременно со мной в ОПК вернулась старшая медицинская сестра Е.Г. Городь. Была принята квалифицированная операционная медсестра Л.А. Салмина, после окончания медицинского училища начала работать в отделении проходившая у нас практику и проявившая интерес к изосерологии крови фельдшер-лаборант О.И. Елизарова. Продолжила работать врач-лаборант Е.П. Власенкова. Весь медицинский персонал имел квалификационные категории.

К сожалению, по ряду объективных и субъективных причин с начала 2000-х годов объемы работы ОПК резко уменьшились, до июля 2003 года мы работали только с безвозмездными донорами родственниками больных. Было налажено четкое взаимодействие с заведующими лечебными отделениями, лечащими врачами по организации потока доноров-родственников в ОПК. А с июля 2003 года заготовка крови в ОПК была прекращена в связи с реорганизацией службы крови в области.

Небольшой коллектив отделения в течение более 30 лет играл и играет определенную положительную роль в жизни клиник. За эти годы заготовлена и переработана не одна тонна донорской крови, выполнено несколько десятков тысяч анализов больным и донорам. Деятельность ОПК помогла вылечить десятки тысяч больных с различными заболеваниями. Новые технологические возможности службы крови позволили внедрить современные методы хирургических операций, лечения гематологических больных, оказания неотложной и реанимационной помощи. Мы предотвратили десятки осложнений, связанных с переливаниями компонентов крови и кровезаменителей. Обучено не одно поколение врачей, медицинских сестер и студентов по вопросам трансфузиологии.

В настоящее время бывшее помещение ОПК передано другому отделению. За последние 5 лет отделение пережило 3 переезда. В 2007 году ОПК в клиниках прекратило свое существование. Централизованное определение группы крови и резус-фактора больным передано клинико- диагностической лаборатории. Функции по организации трансфузионной терапии в отделениях клиник, снабжению компонентами и препаратами крови, кровезаменителями, консультативную и обучающую работу, профилактику посттрансфузионных осложнений возложены на организованную экспедицию по доставке и выдаче компонентов крови. В штате экспедиции – врач-трансфузиолог, старшая медсестра и медсестра-экспедитор. Кроме того, в штат отделения анестезиологии-реанимации введена должность врача-трансфузиолога, который осуществляет трансфузионную терапию непосредственно при проведении оперативных вмешательств. В операционных блоках имеются современные аппараты для размораживания плазмы и подогрева компонентов крови, аппарат CellSaver CATS фирмы Fresenius Kabi для отмывания и реинфузии аутокрови при массивных интраоперационных кровопотерях. Холодильники и морозильные камеры для хранения компонентов крови.

Ю.Л. Кецко
ИЗ ТУПИКА

КЕЦКО ЮРИЙ ЛЕОНИДОВИЧ

родился в 1963 году. Окончил Самарский медицинский университет в 1980 году, в клиниках университета работает с 1994 года, заведует отделением реанимации и интенсивной терапии с 1999 года. Анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук.

Не будем кривить душой, как правило, история никого не интересует. И если кто проявляет к ней интерес, то это энтузиасты по своей натуре. Конечно, можно восстановить истоки отделения, которое в прожитом могло называться послеоперационным блоком, послеоперационной палатой, послеоперационным отделением, и отделением реанимации клиники факультетской хирургии – праматерь нынешнего отделения реанимации и интенсивной терапии клиник медицинского университета.

Изменение названия, а главное, сути структурной перестройки, определялись соответствующими приказами МЗ СССР и МЗ РСФСР.

Называя фамилии заведующих отделениями, мы вручаем нить Ариадны пытливому историку, блуждающему в архивных катакомбах, и фамилии становятся точкой отсчета в поиске.

Первым заведующим отделением клиники факультетской хирургии стал ординатор этой клиники кандидат медицинских наук Григорий Лазаревич Рубанович (до 1972), затем Э.С. Зильберман до октября 1975 года, при кратковременной курации В.П. Полякова, впоследствии А.Н. Суетина (1972-1989 гг.). Далее идет частая смена заведующих отделением: Олег Яковлевич Цейтлин (1989-1992 гг.), А.Н. Суетин (1992-1995 гг.), Юнус Фатхутдинович Шайдулов, Ирина Александровна Дильдина и Игорь Викторович Зоткин, последовательно сменяя друг друга, на протяжении 1995-1999 годов, а с 1999 года отделением заведует автор этих строк. Нет сомнения в том, что годы перестройки пагубно отразились на работе отделения: текучесть кадров, слабая оснащенность и скудное финансирование. За последнее десятилетие положение изменилось значительно: состояние лечебно-диагностического процесса достигло нужных высот и работать в таких условиях стало настоящим удовольствием.

Отделение реанимации и интенсивной терапии работает на все отделения клиник СамГМУ, находится на 4 этаже хирургического корпуса. В 2003 году в отделении проведен капитальный ремонт. Произведено объединение отделений общей реанимации и детоксикации, и иммунокоррекции.

Оборудованы современные условия труда и зоны отдыха для медицинского персонала и пациентов.

Отделение обеспечено круглосуточным доступом к современным методам инструментального обследования: ультразвуковая диагностика, рентгенологическое и эндоскопическое исследования. В настоящее время ОРИТ состоит из следующих блоков:

1. Лабораторный блок.
2. Асептический блок на 9 коек.
3. Септический блок на 8 коек.
4. Блок детоксикации.
5. ГБО.

Лабораторный блок позволяет производить общеклинические, биохимические исследования, кислотно-щелочной баланс.

Приобретена новая медицинская аппаратура: мониторы, перфузоры, сервовентиляторы, медицинская мебель.

Палаты оборудованы клапанной системой непрерывной подачи кислорода, воздуха, централизованной эжекционной системой аспирации.

Перевод пациентов в ОРИТ осуществляется:

1. По приоритету состояния больного (независимо от нозологии): – больные требующие устойчивого поддержания и временного замещения жизненно важных функций (проведение интенсивной терапии) с целью предупреждения терминального состояния, в терминальном состоянии (реанимация);
2. По приоритету нозологии;
3. По социальному приоритету.

Круглосуточная работа с категорией тяжелых больных обеспечивается как кадровыми сестрами, так и студентами университета.

Научные сотрудники кафедр Самарского государственного медицинского университета оказывают необходимую консультативную помощь при плановых обходах, либо по срочному приглашению.

С 2004 года на базе ОРИТ работает кафедра анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи. Руководит кафедрой профессор, доктор медицинских наук Инна Георгиевна Труханова.

В блоке детоксикации для удобства пациентов – функциональные кресла и кровати. Индивидуальный план лечения – на основании биолюминесцентного анализа.

Блок оснащен современной аппаратурой для проведения процедур экстракорпоральной гемокоррекции.

1. Плазмаферез: основан на замещении плазмы больного компонентами, препаратами крови и кровезаменителями. Аппарат Autoferesis C производства фирмы Baxter (USA) – дискретный: аппарат УАГ – 2А (Россия).

2. Ультрафиолетовое облучение аутокрови (АУФОК): в основе процедуры лежит воздействие на кровь фотонов-квантов оптического излучения ультрафиолетового диапазона, имеющегося в солнечном спектре. Аппарат Изольда МД 73М (Россия).

3. Озонотерапия: основана на введении в сосудистое русло озонированных растворов (0,9% раствор натрия хлорида и 5% раствор глюкозы). Аппарат Медозонс БМ (Россия).

А.М. Старухин
ПОСЛЕСЛОВИЕ

Поводом для размышления о возможном сборнике воспоминании послужил будничный эпизод. Как-то, сидя в ординаторской анестезиологов, вели непринуждённый разговор. Беседа невольно влилась в русло профессиональных интересов: вспомнили своих предшественников, байки, шутки, казусы и прочие неожиданности в работе анестезиологов. Один из присутствующих интернов спросил: «А где всё это можно прочитать?». Я ответил: «Нигде, эти невыдуманные истории передаются из уст в уста, на протяжении многих десятилетий».

Я задумался над вопросом интерна. Такова предыстория настоящего сборника воспоминаний.

Любопытствующим интерном был Владимир Владимирович Стадлер – ныне кандидат медицинских наук, заведующий анестезиологическим отделением онкологического центра.

Предстояли бесконечные звонки и неоднократные личные встречи с возможными участниками будущего сборника. Время шло, а результатов не было. Каждый приводил аргументы или любые предлоги, лишь бы мотивированно отказаться от моего настойчивого предложения. Я и сейчас не удовлетворён тем количеством адресатов, которые с легкостью согласились или стали «жертвой моего давления», принявших участие в издании сборника.

Но я не отступал от намеченной цели и продолжал настойчиво убеждать, упрашивать, уговаривать, умолять и предлагать темы, отражающие отдельные стороны развития и становления анестезиологической и реаниматологической службы клиник. В результате общих усилий рождалась «История». Это далеко не полное изложение вопроса. Остались в тени те, кто пребывал в сфере влияния и покровительства заведующих кафедрами. Каждый поступает, как хочет – дело личное, но в том я вижу и другую, нравственную сторону.

Трудно понять отказ от предложения участвовать в коллективном сборнике, если принять во внимание тот факт, что долгие десятилетия они похвалялись перед коллегами престижной работой, в престижной клинике, у престижного заведующего клиникой и престижного учителя. Но такова психология поступка. Я отдаю отчет своим резким отзывам о коллегах, но такова правда, и тут ничего не поделать. Такова будет оценка их поступка, с позиции исторического прошлого и исторической перспективы. Что

касается меня, то я ко всем питаю профессиональные дружеские и добрые личные отношения.

Практически полностью утрачены сведения по истории обезболивания первых десятилетий пропедевтической (зав. клиникой, проф. А.В. Барский) и госпитальной (зав. клиникой проф. А.М. Аминев) хирургических клиник. Поэтому сборник «История» дополнен перечнем лиц, приглашенных к участию для создания коллективного труда.

Ради истины хочу сказать следующее. За 40 лет, с момента юридического утверждения анестезиологического отделения клиник, не нашелся человек, равный Г.Л. Рубановичу по профессиональной эрудиции, честолюбию в хорошем смысле этого слова и логической перспективе, чтобы сделать попытку объединения разрозненных анестезиологических сил и сформировать единое общеклиническое отделение. Эту роль, как ни прискорбно, выполнило время своими пассивно-стихийными нахлынувшими переменами.

За это время много сделано, но еще больше предстоит сделать. Время так стремительно движется, что уже есть анестезиологи и реаниматологи во втором поколении – Станислав Юрьевич Балуев, Анна Николаевна Серафимович.

Стремительный взлёт хирургии побудил к становлению анестезиологической и реаниматологической службы клиник. Одновременно формировались другие вспомогательные службы: гипербарооксигенотерапия, трансфузиология, методы экстракорпоральной детоксикации и прочие.

Обращая свой взгляд в прожитое, я не могу не сказать о трагических судьбах анестезиологов и реаниматологов: Льва Павловича Коробкова, Алексея Ивановича Скитера, Юрия Николаевича Салматова, Олега Трофимовича Храмова, Марата Мухсимовича Идрисова, Виктора Константиновича Филатова, Геннадия Ивановича Терезникова и Александра Валерьевича Дыдзюль.

Надеюсь, что мой пример будет иметь продолжение, я верю в это продолжение, но уже в новых, совершенно иных условиях, на основе научно-технического прогресса.

Я сердечно благодарю всех, кто проявил добрую волю и понимание в необходимости создания «Истории становления анестезиологической и реаниматологической службы в клиниках медицинского университета».

ПРИЛОЖЕНИЕ

К «ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИК САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, В ВОСПОМИНАНИЯХ»

Дорогие друзья!

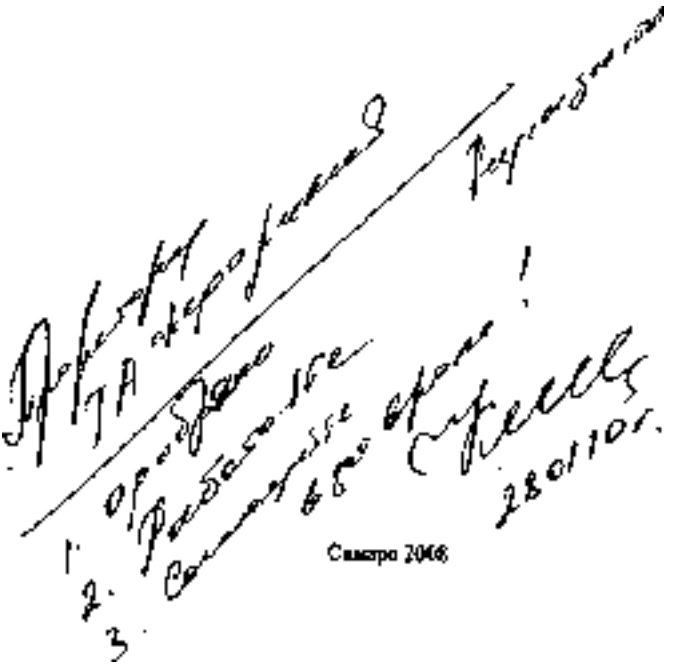
Вы держите в руках необычное издание, представляющее собой сборник статей и коротких очерков, эссе и писем разных авторов, объединённых одной идеей – рассказать о становлении и развитии анестезиологической и реанимационной службы клиник Самарского Государственного медицинского университета, о людях – участниках этого процесса.

Еще не так давно анестезиология и реаниматология не выделялись в качестве самостоятельных областей научных знаний и сфер практической медицины. Тем более важно, что к зародившимся на наших глазах и бурно развивающимся сегодня новым направлениям самарские научные школы причастны самым непосредственным образом. Многие идеи самарских ученых были действительно передовыми для своего времени, были предложены впервые в стране и, самое главное, всегда находили свое практическое воплощение в клиниках института – университета.

Книга будет хорошим подарком для всех. Ветераны Самарского государственного медицинского университета встретят на страницах этой книги давно знакомые имена, вспомнят былое, а студенты – откроют что-то новое, благодаря инициативе авторов и нашему обоюдному желанию делать все для подготовки настоящих профессионалов в самых разных областях здравоохранения.

Уверен, что каждое обращение к истории родного университета и его клиник не только позволяет читателю найти для себя интересные и познавательные материалы, но и по-настоящему учит любви *к Alma Mater,* к своим учителям, к тем поистине великим труженикам, которые создавали славу и гордость Самарской медицины.

Ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАМН, профессор Г.П. Котельников



Самара 2006

Ректору
Самарского государственного медицинского университета
Академику Г. П. Котельникову

Уважаемый Геннадий Петрович

Издание сборника "История становления анестезиологической и реаниматологической служб клиник Самарского государственного медицинского университета", одобренного вами 28 января 2010 года остается проблематичным. Причина тому – не обоснованные замечвния М.М. Гинзбурга. Для примера привожу его точку зрения, как аргументацию затягивающюю издание (угроза престижу университета; не стандартный формат; возможные конфликты с авторами статей из-за нарушения авторских прав).

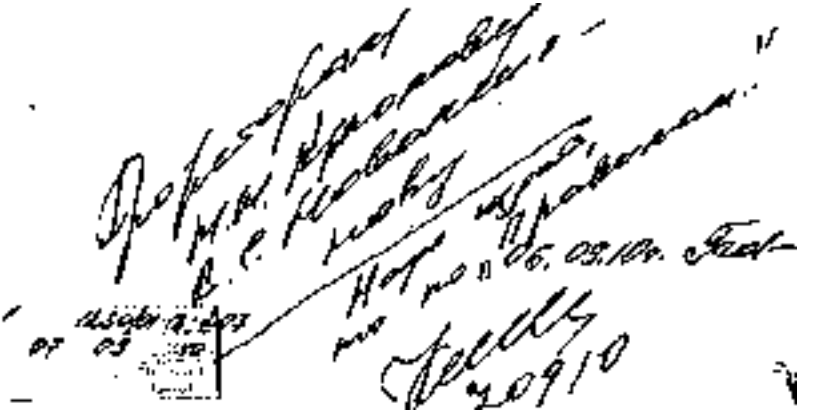
Я понимаю, есть общепринятые положения в издательском деле, но подобные замечания считаю надуманными.

В связи о изложенным выше, прошу вас рассмотреть воэможность печатания сборника минуя посредника.

Весь согласованный тираж буден передан кафедре анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО медицинского университета.

Считаю, что сборник станет первым источником популяризации истории развития анестезиологии и реаниматологии Самарского медицинского университета

С уважением Александр Старухин
1 сентября 2010 г. Самара



А.Ф. Краснов

МОИ ШТРИХИ К РАЗВИТИЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В КЛИНИКАХ КУЙБЫШЕВСКОГО - САМАРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА-УНИВЕРСИТЕТА

А. Краснову

На трех китах забронзовел,
Он в гору шел – помог Коменский,
Спустился в дол и обомлел –
Перемешались Босх с Кипренским!

Где Сухомлинского мальцы
Косноязычили... Эрлахер,
Сей дидактический прием
Необходим послать всех… в Аахен!

Там диво дивное, мой брат,
На древе интеллект и педик,
Культурологии – виват!
Печется о культуре медик!

А. Старухин

Для истории попробуем в хронологическом порядке расставить по местам и времени их действия: различные обезболивающие, анестезиологические, реанимационные и комбинированные средства. Только историки и

археологи могут засвидетельствовать о механических приемах, доводящих больного до сомноленции или сопора, а подчас и комы.

На смену описанной шоковой анестезиологии стала приходить медикаментозная, а еще точнее народная анестезиология – обезболивание. С этой целью применялось различное зелье под общим названием «самогон». Его небольшие порции действуют расслабляющее, успокаивающе. При значительных количествах человек дуреет до состояния сопора или комы.

Следующий, 3-й этап, – медикаментозная анестезиология. Она прошла пожалуй самый длительный путь с появлением различных обезболивающих средств – на первом месте морфий и его производные. В зависимости от способов введения (п/к, в/м, в/в) – этот метод в различных сочетаниях обезболивающих средств применяется и поныне.

Инъекционный способ обезболивания и следует считать исходным в моем представлении об анестезиологии в клиниках мединститута. Напомню, речь идет о 50-х годах прошлого века. С целью анестезии широко применялись морфий, омнопон, атропин и их производные, в основном подкожно.

Помню, как торжественно приветствовали эфирно-масочный наркоз.

Эфирно-масочный наркоз! Лежит тихо и смирно больной на операционном столе, а под шалью, с целью лучшей герметезации, сидит и дремлет бедная сестра-наркотизатор. Так и хочется их поблагодарить за этот адский труд. Они достигали большого мастерства и совершенства, каплями эфира через маску они держали больного в состоянии оптимального наркоза, имея ввиду и давление, и пульс, и дыхание в течение многих часов.

На смену масочно-эфирному наркозу пришла спиномозговая анестезия. В спинальное пространство на уровне 3-4 поясничных позвонков, – путем пункции вводился новокаин в различных концентрациях и количествах, в зависимости от цели, диагноза и планируемых сроков операции. Действие было великолепным, но поле деятельности спинальной анестезии ограничивалось нижними конечностями, а в отдельных случаях – в нижней абдоминальной зоне при повышении уровня анестезии спинального пространства.

Со временем все больше накапливались недостатки спинальной анестезии. длительное время больных беспокоили головные боли, слабость, потливость, приливы и отливы и другие вегетативные синдромы. Хирурги

и анестезиологи стали постепенно, но упорно переходить на местную терминальную (инфильтрационную) анестезию и местную проводниковую (различные виды блокад).

Применено слово «анестезиологи». Хотя (описываемый период) анестезиологов по штатному расписанию не было, они появились позднее с введением эндотрахального и внутривенного метода обезболивания. Первоначально их роль исполняли квалифицированные сестры или ординаторы. Их роль заключалась в констатации наиболее доступных методов контроля – пульс, сосудистое давление, дыхание, чувствительность, зрачки. По обозначенным признакам они информировали хирурга.

Роль местной анестезии, а вместе с ней различных видов блокад, придал авторитет Казанского хирурга А.В. Вишневского, а в дальнейшем – плеяда семейства Вишневских.

Названный вид обезболивания широко стал применяться в наших клиниках и притом весьма успешно.

Современники подчас с недоверием слушают нас и удивляются прошлому и былому, достаточно сказать, что под местной анестезией оперировали на всех органах и тканях брюшной полости, и других органах и тканях – сердце, легких, головном мозге.

Автор настоящих строк впервые в городе и области исполнил под местной анестезией такие сложнейшие операции как панкреатодуоденальная резекция и ампутация интер-илиоабдоминализ.

Настал следующий этап – эндотрахеальный наркоз. Как и принято все новые методы и не только в анестезиологии, но и в жизни вообще, первоначально воспринимаются «на ура» с введением новых организационных и профессиональных структур. Вот в этот период, ориентировочно середина 70-х годов, и были созданы анестезиологические бригады во всех хирургических клиниках. В анестезиологи стали переквалифицироваться даже опытные хирурги. В госпитальной хирургической клинике в анестезиологию ушел опытный хирург доцент Ю.С. Федоров. В факультетской хирургии аналогичным образом поменял свой статус ассистент Василий Никитич Калужских.

Время делает свое. И у этого обезболивания появляются недостатки, а вместе с ними разочарование.

Названные доктора – Ю. Федоров, В. Калужских – вернулись на свое место. Анестезиологами, истинными любителями данной профессии, стало следующее поколение: доктора Н.С. Пичеев, А.М. Старухин, О.Н. Бобровская и другие. Они прошли соответствующую специализацию и

возглавили новые анестезиолого-реанимационные службы, которые работают и поныне с подготовкой следующей плеяды молодых специалистов.

В настоящее время наибольший авторитет значится у внутривенного обезболивания в сочетании различных наркотических средств.

Замечу также, и нам неплохо бы было возродить свои добрые традиции, имея ввиду местную анестезию и различные блокады. Могу свидетельствовать, что 25-30% операций в любой хирургической клинике можно выполнить под местной анестезией. Золотая середина сейчас должна занять свое достойное место.

Искренне, академик А.Ф. Краснов,
12 апреля 2007 г.

ПРИКАЗЫ, РАПОРТЫ, ПОЛОЖЕНИЯ

- Приказы Министерства здравоохранения СССР, РСФСР.
- Приказ главного врача клиник о создании отделения анестезиологии.
- Памятная записка главному врачу клиник по совершенствованию гемотрансфузии в экстренной хирургии.
- Рапорты заведующего клиникой факультетской хирургии от 23 октября 1985г., 14 января 1987 г., 17 июня 1987 г.
- Кадровый состав анестезиологической и реаниматологической службы с 1963 г.

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 169 от 9 апреля 1960 года.

• Министерство здравоохранения РСФСР, Москва. Приказ № 11/12877 от 5 мая 1962 года.

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 287 от 14 апреля 1966 года. «О мерах по дальнейшему развитию анестезиологии и реаниматологии в СССР». Министр Б.В. Петровский (Подвел итоги первых шагов отечественной анестезиологии).

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 605 от 19 августа 1969 года. «Об улучшении анестезиолого-реанимационной службы в стране». Министр Б.В. Петровский (Существующие отделения анестезиологии были реорганизованы в отделения анестезиологии-реанимации. Предусмотрена возможность организации палат для реанимации и интенсивной терапии. Была узаконена единая служба анестезиологии и реаниматологии).

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 02 - 14 / 59 от 4 декабря 1969 года. «О бесплатной выдаче молока или других равноценных пищевых продуктов рабочим и служащим, занятым в производствах, цехах, на участках и в других подразделениях с вредными условиями труда». Приложение № 2 к циркулярному письму МЗ СССР от 4 декабря 1969 года № 02-14/59 «Медицинские показания для бесплатной выдачи молока», утвержденных МЗ СССР от 22 мая 1968 года.

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 501 от 27 июля 1970 года. Министр Б.В. Петровский (Положение о заведующем отделением, враче анестезиологе, лаборанте с высшим образованием, медицинской сестре-анестезистке, младшем медицинском составе).

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 969 от 6 де-

кабря 1973 года. «Об организации кафедр анестезиологии и реаниматологии в медицинских институтах страны». Министр Б.В. Петровский (Предусматривается организация кафедр во всех медицинских институтах страны в течение 1974-1976 гг.).

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 1188 от 29 декабря 1975 года. «О дальнейшем совершенствовании реанимационной помощи населению».

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение об отделении реанимации и интенсивной терапии.
2. Штатные нормативы медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии.

Министр Б.В. Петровский.

3. Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 841 от 11 июня 1986 года. «О дальнейшем совершенствовании анестезиолого-реанимационной помощи населению».

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение об отделении (группе) анестезиологии-реанимации лечебно-профилактического учреждения.
2. Штатные нормативы медицинского персонала отделений (групп) анестезиологии-реанимации лечебно-профилактических учреждений».

Министр С.П. Буренков.

• Министерство здравоохранения СССР, Москва. Приказ № 271 от 23 февраля 1987 года. «О внесении дополнительных изменений в штатные нормативы отделений анестезиологии-реанимации и реанимации и интенсивной терапии»

ПРИКАЗЫВАЮ:

2.2. Организовать работу лабораторий лечебно-профилактических учреждений с учётом обеспечений круглосуточного проведения лабораторной диагностики больницы в указанных отделениях.

Министр Е.И. Чазов.

Приказ по клиникам Куйбышевского медицинского института г. Куйбышева
№ 89 от 27 сентября 1963 года

Для улучшения анестезиологического обслуживания больных при клиниках: создать анестезиологическое отделение с 25 сентября 1963 года. Научным руководителем отделения считать профессора Г.Л. Ратнера, заведующим отделением назначить анестезиолога клиники факультетской хирургии Терезникова Геннадия Ивановича с оплатой за заведование согласно приказу № 288 – м.

Включить пункт реанимации при приёмном покое в отделение анестезиологии клиник.

Заведующему отделением Г.И. Терезникову к 1 октября представить мне на утверждение проект организационной структуры вновь созданного отделения.

Главный врач клиник Э. Ахметзянова

Главному врачу клиник,
заслуженному врачу РСФСР
Э.С. Ахметзяновой

Памятная записка

Довожу до вашего сведения следующее. Как вам известно, в настоящее время в условиях экстренной трансфузиологии определение резус принадлежности крови больных дело рук сотрудников отделения анестезиологии.

Несколько лет тому назад мы проявили в этом отношении инициативу, поскольку ближе стояли у истоков развивающейся дисциплины трансфузиологии, чем врачи других специальностей. С тех пор прошло много времени и многое изменилось. Создано отделение переливания крови, расширилась и совершенствовалась лабораторная служба. Сложились условия и возникла необходимость принципиально по новому решить данный вопрос.

Исходя из изложенного выше, а так же ссылаясь на Приказ МЗ СССР от 27 июня 1970 года № 501, считаю, что затронутый вопрос является составной частью работы отделения переливания крови и центральной лаборатории. Именно Г.М. Чумаченко и З.Я. Прохуровская должны решать

Вопрос организации определения резус принадлежности.

Решать его незамедлительно и не на потребу сегодняшнего дня, а в перспективе, с учетом быстрого развития трансфузиологии.

Полагаю, уже сейчас, на данном этапе, вопрос частично разрешим за счет внутренних резервов выше названных отделений.

Заведующий отделением анестезиологии
клиник института А.М. Старухин 20
октября 1973 г.

Заместителю главного врача клиник
медицинского института

Рапорт

Довожу по вашего сведения, что в клинике факультетской хирургии имеются перебои с подсоединением кислородных баллонов в операционном и послеоперационном отделениях из-за отсутствия слесаря, назначенного для выполнения этих работ приказом главного врача. Это задерживает начало операций, нарушает обеспечение кислородом послеоперационных больных, затрудняет проведение ИВЛ больным, является нарушением правил техники безопасности.

Зав. клиникой факультетской хирургии,
профессор Г.Л. Ратнер
23 октября 1985 г.

Главному врачу клиник Куйбышевского
медицинского института
тов. Прохорову В.Т.

Рапорт

Довожу до вашего сведения, что за последний месяц операционная клиники факультетской хирургии четыре раза была залита содержимым канализационных труб. В настоящее время в клинике идет ремонт. Прошу решить вопрос о замене или ремонте канализационных труб до окончания ремонтных работ, иначе не исключена возможность повторения аварий, обвалов потолка, затопления операционной сразу после ремонта.

Зав. клиникой факультетской хирургии,
профессор Г.Л. Ратнер,
14 января 1987 года

Главному врачу Куйбышевского медицинского
института им. Д.И. Ульянова
Прохорову В.Т.

Рапорт

Администрация клиники факультетской хирургии доводит до вашего сведения, что в операционном блоке клиники к настоящему времени имеется 7 ставок операционных медицинских сестер. С середины апреля 1986 года увольняются и уходят в декретный отпуск трое, с мая – увольняются студентки медицинского института, работающие операционными сестрами в экстренных дежурствах. Таким образом, в клинике остается одна старшая операционная сестра, 1 медсестра в рентгеноперационной и 2 – для плановой и экстренной работы.

Просим принять срочные меры по пополнению штата операционных сестер клиники для продолжения плановой и экстренной хирургической работы.

Зав. клиникой факультетской хирургии,
заслуженный деятель науки РСФСР,
проф. Г.Л. Ратнер,
11 апреля 1986 г.

Главному врачу клиник КМИ тов. Прохорову В.Т.

Рапорт

Довожу до вашего сведения, что 2 узла операционного материала, простерилизованного 4 мая 1987 года, оказались нестерильными. Узлы были приготовлены для экстренного дежурства 5 мая 1987 г., стерильность остальных узлов мы проконтролировать не можем.

Зам. главного врача Пинкес М.Д. об этом информирован.

Зав, клиникой факультетской хирургии
проф. ГЛ. Ратнер, 5 мая 1987 г.

Главному врачу клиник КМИ тов. Прохорову В.Т.

Рапорт

В соответствии с приказом ректора Куйбышевского медицинского института о профилактике наркомании, эфир, применяемый для снятия с кожи клеола, из перевязочных изъят.

Просим вашего разрешения применять для этой цели спирт, сливаемый из банок с шовными материалами и подлежащий списанию и уничтожению, под названием «Жидкость для снятия клеола» (предварительно подкрашиваемый зеленкой).

Зав. клиникой факультетской хирургии
проф. Г.Л. Ратнер,
14 сентября 1987 г.

Главному врачу клиник
Куйбышевского медицинского института
тов. Прохорову В. Т.

Рапорт

Довожу до вашего сведения, что, несмотря на рапорт, поданный на ваше имя 21 апреля 1987 года о невозможности привлечения к доставке грузов (баллоны с кислородом, закисью азота, 20-литровые бутыли с различными растворами, в том числе и вызывающими химические ожоги; 40-60 литров воды из котельной) женщин и несовершеннолетних, централизованная доставка этих грузов не организована.

Настоятельно прошу принять меры по наведению порядка в этой работе.

Зав. клиникой факультетской хирургии,
профессор Г.Л.Ратнер,
председатель МК Л.А.Серафимович,
17 июня 1987 года

КАДРОВЫЙ СОСТАВ
анестезиологической и реаниматологической службы клиник Самарского медицинского университета с 1963 года

ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ КЛИНИК
(Зав. к.м.н. Г.И. Терезников)
Терезников Геннадий Иванович
Пантин Николай Яковлевич
Старухин Александр Михайлович
Кравчинский Исаак Вульфович
Кутин Юрий Исаакович
Куропаткин Игорь Александрович
Идрисов Марат Мухсимович
Буданова Нина Владимировна
Дыдзюль Александр Валерьевич
Манелис Эммануил Соломонович
Зильберман Эммануил Самсонович
Балуев Юрий Павлович
Харламов Владимир Николаевич
Чернышева Наталия Ивановна
Шварц Александр Ефимович

Совместители:
Салматов Юрий Николаевич
Дильдин Александр Сергеевич
Зильберман Эммануил Самсонович
Балуев Юрий Павлович
Зотов Валентин Михайлович
Болонкин Владимир Петрович
Рубанович Григорий Лазаревич
Елисеев Марат Николаевич

КЛИНИКА ПРОПЕДЕВТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
(зав. профессор А.В. Барский)
Салматов Юрий Николаевич
Плохов Юрий Николаевич
Куропаткин Игорь Александрович
Голованов Юрий Александрович

Привлекались к проведению наркозов хирурги
Глухов Владимир Федорович
Рогачев Валерий Николаевич

КЛИНИКА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

(зав. профессор Г.Л. Ратнер)

Рубанович Григорий Лазаревич
Смирнова Тамара Вячеславовна
Терезников Геннадий Иванович
Зильберман Эммануил Самсонович
Храмов Олег Трофимович
Галкин Рудольф Александрович
Чернышева Наталия Ивановна
Беляева (Серафимович) Людмила Андреевна
Туркова (Герасимова) Лидия Ивановна
Кулимина Галина Сергеевна
Кононова Людмила Павловна
Суетин Александр Николаевич
Еремина Валентина Васильевна
Сафронова Галина Федоровна
Скловская Клара Семеновна, терапевт
Петрякин Алексей Алексеевич, клинический ординатор
Журавлев Вадим Дмитриевич, клинический ординатор
Борок Александр Абрамович, клинический ординатор
Валиахметова Галия Харисовна, клинический ординатор
Тихонова Галина Петровна
Коробков Лев Павлович

КЛИНИКА ГОСПИТАлЬНОЙ ХИРУРГИИ

(зав. профессор. А.М. Аминев)
Зимнев Борис Николаевич (9.09.57 – 10.12.62)
Степанищев Александр Дмитриевич
Балуев Юрий Павлович
Куропаткин Игорь Александрович
Голованов Юрий Александрович

КЛИНИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
(зав. профессор М.А. Макиенко)
Скитер Алексей Иванович
Зотов Валентин Михайлович
Винокурова Зоя Александровна
Филатов Виктор Константинович
Столяренко Павел Юрьевич

КЛИНИКА ГОСПИТАЛБНОЙ ХИРУРГИИ № 2
(травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии,
зав. профессор. А.Ф. Краснов)
Пичеев Николай Сергеевич
Филатов Виктор Константинович
Скотников Владимир Иванович
Рухлядев Михаил Юрьевич (1.11.71 – 4.10.73)
Крайнюков Владимир Федорович
Сергачева Наталия Петровна
Старухин Александр Михайлович
Гаврилов Иван Филиппович
Двойникова Евгения Викторовна
Бобровская Ольга Николаевна
Иващенко Людмила Александровна
Порывай Ольга Анатольевна
Болонкин Владимир Петрович
Тихомиров Валерий Иванович
Пыщева Любовь Васильевна

«История становления анестезиологической и реаниматологической службы клиник Самарского государственного медицинского университета» (в воспоминаниях)

1. Краснов Александр Федорович, академик
2. Ахметзянова Эльфия Салиховна
3. Черньшева Наталия Ивановна, к.м.н.
4. Пичеев Николай Сергеевич, к.м.н., доцент
5. Бобровская Ольга Николаевна
6. Смирнова Тамара Вячеславовна, к.м.н.
7. Калужских Василий Никитич, к.м.н., доцент
8. Рубанович Григорий Лазаревич, д.м.н.,
9. Зильберман Эммануил Самсонович, к.м.н.
10. Елисеев Марат Николаевич, к.м.н.
11. Столяренко Павел Юрьевич, к.м.н., доцент
12. Суетин Александр Николаевич, к.м.н.
13. Иванова Валентина Дмитриевна, д.м.н., профессор
14. Галкин Рудольф Александрович, д.м.н., профессор
15. Борок Александр Абрамович, к.м.н.
16. Двойникова Евгения Викторовна, к.м.н.
17. Куропаткин Игорь Александрович
18. Гаврилов Иван Филиппович
19. Труфанов Лев Александрович, д.м.н.
20. Давыдкин Николай Федосеевич, д.м.н., профессор
21. Дровянникова Людмила Петровна, к.м.н., доцент
22. Тихонова Галина Петровна, к.м.н.
23. Сергачева Наталия Петровна
24. Порывай Ольга Анатольевна
25. Федоров Юрий Сергеевич, к.м.н., доцент
26. Федотов Иван Лазаревич, к.м.н.
27. Зотов Валентин Михайлович, д.м.н., профессор
28. Болонкин Владимир Петрович, д.м.н., профессор
29. Винокурова Зоя Александровна
30. Валиахметова Галия Харисовна
31. Цибик Анатолий Иванович, к.м.н., доцент
32. Розанова Зоя Валентиновна
33. Рогачев Валерий Николаевич, к.м.н., доцент
34. Кулимина Галина Сергеевна

35. Поленичкин Владимир Кузьмич, д.м.н., профессор
36. Лапатухина Нина Константиновна
37. Ненашев Александр Андреевич, д.м.н., профессор
38. Иващенко Людмила Александровна
39. Рыжкова Любовь Васильевна
40. Лернер-Борковская Жанна Борисовна
41. Серафимович Людмила Андреевна
42. Туркова Лидия Ивановна
43. Крайнюков Владимир Федорович
44. Мавлютова Фарида Пешаховна
45. Чернов Алексей Петрович, д.м.н., профессор
46. Мамистов Владимир Андреевич, к.м.н.
47. Евстигнеева Татьяна Михайловна
48. Меренков Андрей Николаевич
49. Глухов Владимир Федорович, к.м.н.
50. Орлова Людмила Алексеевна
51. Левашов Николай Васильевич, к.м.н., доцент
52. Цыганов Роман Григорьевич, к.м.н., доцент
53. Поляков Виктор Петрович, д.м.н., профессор
54. Белоконев Владимир Иванович, д.м.н., профессор
55. Пряников Сергей Александрович, к.м.н., доцент
56. Кецко Юрий Леонидович, к.м.н.
57. Варгузина Валентина Ивановна, д.м.н., профессор
58. Петрова Светлана Григорьевна
59. Абрамов Анатолий Евгеньевич
60. Ромашева Екатерина Павловна
61. Степанищев Александр Дмитриевич
62. Зернов Юрий Алексеевич

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИК САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, В ВОСПОМИНАНИЯХ

(к 80-летию клиник медицинского университета
и 50-летию отделения анестезиологии клиник)
Под редакцией Александра Михайловича Старухина

Оформление **А.О. Ильдутов**
Вёрстка **А.А. Майоров**
Вёрстка и набор **И.И. Спиридонова**
Корректоры: **Т.И. Иванова, М.Н. Спиридонова**

Формат 60×84 1/16.
Бумага ксероксная. Печать оперативная.
Печ. л. 14,25. Тираж 100 экз.

Частное учреждение
Образовательная организация высшего образования
Медицинский университет «Реавиз»

Отпечатано в типографии ООО «Азимут»
443013, г. Самара, Московское шоссе, литер «Д»,
корпус 87, 88, офис 297,
тел.: (846) 993-63-62; 993-63-70

ДЛЯ ЗАМЕТОК