

Виктор Карпенко

*60 лет
в хирургии*

Киев
«Навчальна книга»
2003



*Посвящается светлой памяти
моих родителей Ефросинии Осиповны и Степана Федоровича, жене
Маргарите, сыну Алексею и невестке
Наташе*

Виктор Степанович Карпенко,
директор Киевского научно-исследовательского института
урологии и нефрологии МЗ УССР, профессор,
доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки Украины,
Лауреат Государственной премии Украины,
академик Украинской академии наук,
академик Нью-Йоркской Академии наук, Почетный гражданин
г. Балтимор (США), Почетный член Российского, Белорусского
научных обществ урологов, Чехословацкого медицинского
общества им.Пуркине, кавалер орденов боевой и трудовой славы

Відповідальний за випуск
О.В. Карпенко

*Коли видання готувалося до друку, надійшла скорботна звістка,
що Віктора Степановича Карпенка не стало
21 вересня 2003 року.*

*Ця книга — данина пам'яті визначного хірурга-новатора,
талановитого вченого, організатора, педагога, прекрасної людини*

Виданню цієї книги сприяв учень В.С. Карпенка
Сергій Вікторович Денисенко

Карпенко В.С.

К26 60 років у хірургії. — К.: Навч. книга, 2003. — 512 с.: вкл.
ISBN 966-7943-88-7.

Спогади хірурга унікальної кваліфікації, визначного вченого, Головного уролога України, директора Інституту урології і нефрології МЗ України написані настільки захоплююче, з такими життєвими подробицями і згадуванням багатьох сучасників і соратників, відомих людей, що безумовно будуть цікавими не тільки пацієнтам і колегам, а й широкому колу читачів.

ББК 54.5г(4УКР)

Настоящее издание является продолжением книги воспоминаний «55 лет в хирургии», где я писал о своем детстве, школьных годах, юности, когда у молодых людей формируется сознание и происходит выбор дальнейшего образования и жизненного пути. Это естественное течение жизни моего поколения прервала Вторая мировая война, унесшая 97% мужского населения страны одного со мной 1923 года рождения.

Священный долг защитника Родины заставил нас овладевать военными специальностями и буквально со школьной скамьи уходить в действующую армию.

Свою хирургическую практику я начал в 1943 году на фронте, на Курской дуге, военным фельдшером танкового батальона. Был трижды ранен.

После войны я закончил Донецкий (Сталинский) медицинский институт. Прошел все ступени медицинской службы от рядового хирурга шахтерской больницы до заведующего кафедрой хирургии в Донецком медицинском институте, а затем — до исполняющего обязанности проректора по науке.

Мое становление как врача происходило в период бурного развития хирургии. В то время клиники оснащались новыми диагностическими аппаратами, совершенствовалось искусственное кровообращение, применялся все более эффективный наркоз и новые методы обезболивания, что позволило хирургам выполнять сложные оперативные вмешательства на всех органах человека.

Благодаря моему учителю — заслуженному деятелю науки Украины профессору Каро Томасовичу Овнатяну мне выпало счастье побывать на многих хирургических форумах того времени, слышать выступления крупнейших специалистов и видеть, как оперируют выдающиеся хирурги Москвы, Ленинграда, Киева, Горького, за рубежом — Рима, Милана, перенимать их опыт и внедрять его у нас в клинике.

Книга «60 лет в хирургии» начинается с моего визита к министру здравоохранения УССР В.Д.Братусю. В ходе продолжительной беседы, из которой он составил свое мнение о моих профессиональных возможностях и деловых качествах, Василий Дмитриевич предложил мне должность директора Киевского научно-исследовательского института заболеваний почек и мочевыводящих путей (урологии).

Предложение министра было лестным, но оно меняло мои профессиональные планы, поскольку к тому времени я занимался, в основном, хирургией грудной и брюшной полостей. Я поведал ему о своих сомнениях, сказал, что в последние годы отошел от урологии, что в урологическом мире меня теперь недостаточно знают...

На это Василий Дмитриевич заметил, что Министерство здравоохранения УССР подбирает на должность директора института специалиста широкого профиля, способного объединить ученых различных специальностей, в том числе, для организации трансплантации почки в Украине.

Приняв предложение министра здравоохранения, я возглавил институт, который уже три года занимался проблемами урологии, нефрологии и сексопатологии. Меня успокаивало существующее мнение, что в науке иногда бывает полезно менять направление профессиональной деятельности, как это сделали Н.М.Амосов, А.Н.Бакулев, С.А.Колесников и многие другие.

В книге «60 лет в хирургии» я пишу, что статус руководителя НИИ дает широкие возможности проявлять свои личные способности, инициативу в развитии института как научного учреждения, начиная с развития его материальной базы, выбора научного направления, организации научных исследований и заканчивая подготовкой специалистов высшей квалификации, внедрением достижений науки в практику. Решающее значение в этом процессе имеет умение руководителя подбирать научных сотрудников, не сдерживать их научную карьеру, выдвигать их на более высокие должности в соответствии с их способностями.

В должности директора научно-исследовательского института я, как и раньше, начинал свой рабочий день в клинике. И обычно лишь во второй половине дня спускался в свой, собственно, директорский кабинет.

За все годы в Киеве со мной в клинике работали более 60 врачей и научных сотрудников. Вместе мы сделали несколько десятков тысяч урологических, урогинекологических, уроонкологических и сосудистых операций — сложных, очень сложных, оригинальных и редких. В основном реконструктивных и пластических, а также пересадку почек.

Некоторые из наших операций вошли в историю хирургии. Богатый клинический и экспериментальный материал включался в доклады, с которыми наши сотрудники выступали на урологических форумах Советского Союза. Было написано более 40 монографий, руководств и справочников по урологии, нефрологии, сексопатологии.

На клиничко-экспериментальном материале сотрудники института написали 77 кандидатских и 28 докторских диссертаций, среди них было 32 моих ученика. Со временем они стали мозговым центром института, возглавили его структурные подразделения, а затем заняли должности директоров научно-исследовательских институтов, ста-

ли заведующими кафедрами урологии в медицинских университетах, заведующими урологическими отделениями в Киеве и различных областях Украины.

Я пишу о том, что только крупные научно-исследовательские программы объединяют ученых различных профилей в научный коллектив, способный сконцентрировать свои интеллектуальные усилия на комплексном решении сложных задач.

В канун 40-летия Победы в Великой Отечественной войне мой однополчанин Алексей Иванович Волошин, бывший редактор корпусной газеты «На штурм врага», предложил мне написать очерк воспоминаний о фронтовых медиках, которые оказывали медицинскую помощь на поле боя. О них было мало написано, а между тем 70% раненых солдат вернулись в действующую армию не в последнюю очередь благодаря их первой помощи.

Очерк о фронтовых медиках был опубликован в майском номере журнала «Радуга», посвященном 40-летию Победы над фашизмом. Он неожиданно для меня получил множество откликов от разных людей, а главное — пожелание продолжить воспоминания о медиках.

Эта проба пера в мемуарном жанре привела к тому, что в течение пятнадцати лет я постоянно возвращался к книге воспоминаний. Сначала она намечалась как личные воспоминания для моей семьи. Постепенно я понял, что книга выходит за семейные рамки, но тем не менее, не стал писать менее откровенно. Я прекрасно осознавал, что многие события излагал с субъективной точки зрения, как сам их видел. Однако я никогда не кривил душой и не искажал заведомо истину.

Мои размышления завершились выходом в свет книги «55 лет в хирургии» — это первая часть, которая готовилась к моему 75-летию. И вот перед вами вторая часть — «60 лет в хирургии», которая появится к моему 80-летию.

Презентация книги «55 лет в хирургии» в клубе академиков Дома ученых Национальной академии наук Украины в Киеве, а затем в Донецке среди хирургов, с которыми я в свое время работал, подарили мне море положительных эмоций и поддержали в работе над продолжением воспоминаний.

Книга «60 лет в хирургии» посвящена киевскому периоду моей хирургической и научно-административной деятельности, когда я совмещал работу директора научно-исследовательского института с должностью Главного уролога Минздрава Украины. Я стремился к объединению ведущих урологов Украины в дееспособный научный коллектив. Поэтому в книге, наряду с описанием работы института,

большое внимание уделено развитию урологической службы в Украине, подготовке кадров урологов высшей квалификации и практических врачей, открытию кафедр урологии в медицинских институтах.

Кроме того, в 1973 году я был избран председателем правления Республиканского научного общества урологов. В книге отражена роль проведенных Обществом украинских урологических форумов, в том числе последних съездов урологов Украины (1973, 1980, 1985), в становлении и совершенствовании специализированной урологической помощи населению страны.

Я не избегал писать о своих ошибках, хотя хирургу нелегко решиться говорить о них. Но это мне позволило написать также о своих удачах. В обоих случаях за ними стоит человеческая жизнь. Без хирургической интуиции и счастья, в основе которых лежат опыт и сложный, напряженный ежедневный многолетний труд, я бы не состоялся как хирург-уролог и руководитель урологической службы в Украине в 70-е и 80-е годы.

Я описывал события, свидетелем или участником которых был сам.

Для отечественной урологии я стремился решить три задачи: сохранить историю Киевского научно-исследовательского института урологии и нефрологии в период его становления и превращения в головной уронефрологический центр Украины; осветить историю украинских урологических форумов, а также описать становление и интенсивное развитие урологической службы в Украине. Нужно отметить, что урологическая служба Украины в начале 80-х годов вышла на показатели, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, чем мы гордились. Урологическая служба Украины была примером для других республик Союза.

Невозможно, описывая события того или иного периода, не упоминать имена моих современников. В настоящей книге я назвал подлинными имена участников событий. Это обязывало меня быть предельно объективным в описании событий и точным в оценке работы каждого из них. Для сотрудников научно-исследовательских институтов важно иметь разные точки зрения — это обеспечивает развитие науки. Единая точка зрения в научном коллективе обычно связана либо с недостатком творчества сотрудников, либо с издержками стиля руководства. Поэтому на описываемые мною события другие их участники могли смотреть иначе.

Я заранее приношу извинения тем людям, которых я недостаточно понял, обошел вниманием или, не желая того, обидел. Прошу быть выше личных обид на автора и понять, что это не было моей целью.

Я завершаю книгу в иной стране, чем начинал писать по горячим следам волновавших меня событий. Независимость Украины принесла много надежд. Я был на площади перед Верховной Радой, когда поднимали сине-желтый флаг. Когда он показался на шпиге, толпа радостно заревела, но через несколько секунд показался метром ниже красно-синий флаг УССР. Толпа взвыла, смела милицейский кордон и, наверное, разнесла бы здание, если бы красный флаг быстренько не спустили. Этот эпизод оказался символическим для первого десятилетия независимой Украины, когда, прикрываясь сине-желтым патриотизмом, хозяйничал старый красный флаг, уже без оглядок на партвыскаания и без опасения лишиться партбилета. Руководители страны, которых мы «малы», оставили нас с тем, что мы теперь «маємо». Но есть и высший суд...

Не скрою, что мне было досадно видеть, как созданный мною и коллегами уникальный научно-исследовательский урологический, нефрологический, сексопатологический, трансплантологический единый комплекс разрушается как ненужный. Как отсекаются неприбыльные трансплантология и нефрология. Как выселяются пациенты без почек из единственного в стране специально для нужд трансплантации почки спроектированного корпуса. Как уровень урологической помощи в институте постепенно достиг уровня рядовой урологической больницы.

Я оптимист в жизни и в профессиональной деятельности. И верю, что страна пройдет время «пеленок», и осознает себя не пасынком Европы из советского детдома, а отдельным народом с многотысячелетней историей.

Я надеюсь на лучшие дни и для института. Хотя того молодого задора, с каким мы начинали в 70-е и когда половина наших врачей были вчерашними выпускниками институтов, может уже не повториться.

Хочу выразить благодарность за постоянную поддержку и помощь в работе над книгой моему сыну — доктору медицинских наук Алексею Викторовичу Карпенко.

Виктор Карпенко
Киев, июль 2003 года

* * *

Виктору Степановичу не суждено было увидеть эту вторую часть книги воспоминаний.

21 сентября 2003 года он скорострительно скончался.

Бог даровал ему легкую смерть. Виктор Степанович накануне оперировал, в пятницу провел обход и назначил операции (правда, себе операции не записал). В субботу, проснувшись в 4 часа утра, он сел, как обычно при бессоннице, за рабочий стол и к 2 часам дня закончил научный отчет.

В этот день он впервые поднял вопрос о том, не завершить ли ему потихоньку свою трудовую деятельность. Не завтра, а через год-два.

Он был убежден, что проживет 86 с половиной лет.

Он готовился в своему 80-летию и был полон планов.

Хочется верить, что тот, кто остановил его мгновение, был благосклонен к нему и не допустил того, чтобы он узнал страдания болезни, беспомощность старости, пустоту завтрашнего дня...

Виктора Степановича отпевали в Кирилловской церкви, которую он любил посещать и рядом с которой много лет работал.

Виктор Степанович прожил очень напряженную, достойную жизнь. И каждый день своей жизни он делал добро. Сложное, тонкое, ювелирное, терпеливое, милосердное. Десяткам тысяч людей.

И никогда никому он не сделал зла.

Его книга – своеобразный памятник эпохе. В ней нет победных реляций, нет массового героизма, нет проповеди. В ней есть кристально чистый дух в тяжелых буднях, высокая цель профессионального совершенства и радость творить добро.

Эта книга живая. В ней — дух Виктора Степановича.

Алексей Карпенко

Предисловие

Предлагаемая читателю книга выдающегося уролога Украины, заслуженного деятеля науки и техники, лауреата Государственной премии Украины, доктора медицинских наук, профессора Виктора Степановича Карпенко написана в жанре мемуарной литературы. Она повествует о наиболее ярком периоде становления и развития отечественной урологии.

Освещая в деталях этапы киевского периода своей деятельности, автор последовательно раскрывает истоки тех достижений, которыми гордятся специалисты-урологи нынешнего поколения. Возглавив единственный в Украине научно-исследовательский институт урологии и нефрологии, В.С. Карпенко благодаря своему организаторскому таланту, хирургическому мастерству и завидному трудолюбию сумел вывести отечественную урологию на международный уровень.

Весомым вкладом стала первая успешная трансплантация почки, для осуществления которой В.С. Карпенко объединил коллектив всего научно-исследовательского института урологии. Решение этой новаторской проблемы потребовало многоцелевых разработок хирургических, иммунобиологических, лабораторных и других исследовательских направлений. С тех пор трансплантация почки регулярно выполняется в нескольких клиниках Украины.

Будучи ученым-новатором, В.С. Карпенко на протяжении нескольких лет разрабатывал проблему заболеваний предстательной железы, и его поиски завершились открытием новой нозологической единицы — склероза простаты. Это заболевание по праву носит название «болезни Карпенко» и внесено в Международную классификацию болезней. Споры и разногласия относительно утверждения этой новой нозологической единицы в урологии описаны весьма убедительно. Автор страстно отстаивает это фундаментальное открытие, приводя множество аргументов в защиту своих многолетних разработок. Особое внимание в книге уделено гидронефрозу, в изучение которого В.С. Карпенко внес неоценимый вклад. Привнеся «ювелирную» хирургическую технику в реконструкцию восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента, автор добился поразительных успехов — практически каждая его операция заканчивалась успешно, что находит подтверждение на протяжении многих лет не только в Украине, но и во многих странах. Наблюдая за оригинальными и точными действиями Виктора Степановича во время проведения

пластических операций, мы всегда восхищались его высоким хирургическим мастерством.

Заслугой ученого стало и решение проблемы хирургического лечения уретерогидронефроза, различные аспекты которого и их устранения еще и теперь являются камнем преткновения для многих урологов. Идея замещения кишечным трансплантатом функционально погибшего мочеточника находит и сегодня своих последователей. Многое сделано В.С. Карпенко для лечения опухолей почек, именно он был инициатором выполнения, по строгим показаниям, органосохраняющих операций. Виктором Степановичем впервые в Украине была проведена подобная операция, которая ныне получила «статус гражданства». Будучи директором института урологии, он выступил инициатором создания многих научных отделов, занимавшихся актуальными проблемами в урологии, — экспериментального, рентгенрадиологического, урогинекологического, отделения сосудистой урологии. В работе всех этих подразделений чувствовалась направляющая роль В.С. Карпенко, его непосредственное участие в изучении новых аспектов клинической и экспериментальной урологии.

Рассказывая о своей многогранной деятельности, В.С. Карпенко умело дополняет повествование отдельными зарисовками необычных ситуаций, в которые нередко попадают опытные хирурги, но тем не менее находят оригинальное и верное решение.

Книга написана столь увлекательно, что для читателя, даже далекого от урологии, нелегко от нее оторваться. Она читается на одном дыхании и, на мой взгляд, призвана не только ознакомить с важным этапом в истории отечественной урологии, но и передать специалистам многие житейские и профессиональные секреты.

А.С. Переверзев,
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки и техники,
лауреат Государственной премии Украины

ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ

Визит к министру здравоохранения Украины

1 апреля 1969 года в 8.55 я вошел в приемную министра здравоохранения Украины В.Д. Братуся.

Зоя Петровна, секретарь министра, сказала:

— Василий Дмитриевич уже интересовался Вами. Заходите.

С первых минут визита к министру я почувствовал его доброжелательное отношение, беседа началась непринужденно, как будто мы давно были с ним знакомы.

— Как работаете вам в Донецке, каковы перспективы?

— Веду кафедру. Пока болеет профессор А.Н. Торсуев, исполняю обязанности проректора по науке. Годовой отчет по науке за 1968 год сдали без особых замечаний.

— Что представляет собой ваша клиника? — поинтересовался министр.

— 100 коек в 1-й городской больнице Донецка: 40 — урологических, 60 — общехирургических.

— Каков состав вашей семьи?

— Жена — офтальмолог, заведует глазным отделением в областной больнице им. Калинина. Сын — студент-медик. Мать после смерти отца живет со мною.

— Откуда вы родом? — поинтересовался министр.

— Из Киевской области. Родился я в селе Ивановка, Ставищенского района. А с 1926 по 1934 г. моя семья проживала в Киеве.

После этого сообщения интерес министра ко мне несколько повысился. Позже я узнал, что в Киеве не особенно доброжелательно относились к приезжим специалистам. Мол, этим притесняются местные кадры. Приезжих называли «варягами». Я же оказался вроде бы своим — возвращенцем из Донбасса.

Василий Дмитриевич в общих чертах рассказал мне о положении дел в Институте урологии. В мае месяце он принял участие в засе-

дании ученого совета Института и пришел к мысли о необходимости смены руководства. Но окончательное решение не принималось из-за отсутствия кандидатуры на должность директора.

— Вот, пригласили вас, — закончил свое сообщение министр.

Далее пошли профессиональные вопросы.

— Как долго и в какой степени вы занимались урологией? — спрашивает министр.

— Урологией я занимался в клинике факультетской хирургии, под руководством профессора К.Т. Овнатяна. Написал кандидатскую диссертацию о лечении камней тазового отдела мочеточника.

— А сможете ли вы овладеть пересадкой почки в клинических условиях?

Вопрос был для меня неожиданным. Сказать «могу»? Так ведь я ее не делал. Сказать «не могу»? Не хочется при первой встрече с министром.

— Василий Дмитриевич, всеми элементами этой операции я владею: нефрэктомией, уретероцистостомией и сосудистым швом на артериях и венах. Если совместить все эти операции в одну, получится пересадка почки. Другое дело — селекция донора и реципиента, проблема совместимости ткани. Эти вопросы я знаю по литературе.

Мой ответ министра удовлетворил.

Я счел нужным высказать министру свои сомнения.

— Василий Дмитриевич, последние 6 лет я урологией занимался мало, поэтому моих знаний может быть недостаточно для руководства институтом. Урологией я интересовался, поскольку этого требовали занятия со студентами, следил за развитием функциональной диагностики, поскольку в составе клиники было урологическое отделение. Но меня не знают в урологическом мире, что для начала очень важно.

— Во главе института должен стоять специалист, хорошо знающий смежные хирургические специальности. Мне вас рекомендовали как специалиста, знающего урологию, абдоминальную и торакальную хирургию. Минздрав это вполне устраивает, — заключил Василий Дмитриевич.

В кабинет министра вошел его заместитель Иван Владимирович Шумада и сразу же включился в разговор. Из этого я понял, что он причастен к моему вызову к министру.

Наверное, он помнит и мое обещание в 1964 году. Разговор у министра закончили тем, что я еще подумаю и к 9 апреля сообщу свое окончательное мнение зам. министра И.В. Шумаде, который будет в это время в Донецке на съезде ортопедов-травматологов.

Предложение заманчивое. В Донецке уже все знают о причине моего вызова к министру здравоохранения. У нас с Маргаритой бессонные ночи. Она видит мои волнения и сомнения. Работа новая, большая. Я никогда не работал в научно-исследовательском институте. Перебираю в памяти, что я знаю в урологии, какие операции не забыл. В библиотеке мне подобрали последнюю литературу по урологии. Вроде бы далеко она не ушла. Кафедр урологии в Украине раз-два и обчелся.

Советовался с Маргаритой о нашем переезде в Киев. Она говорит: «Ты обо мне не думай. Со мной все устроится довольно легко: глазные врачи в Киеве нужны. Я точно знаю».

Время идет. Уже 4 апреля, а я все еще на распутье, хотя понимаю, что предлагают мне очень перспективную работу.

Решил обо всем рассказать Алексею. Он тогда закончил 3 курс мединститута.

— Папа, ты потратил 20 лет, чтобы выйти на уровень самостоятельной работы в хирургии. Перед тобой еще минимум 20 лет самостоятельной работы. Тебе предлагают совмещение хирургической, научной и административной работы в интересной области. Масштаб работы — столичный. Непременно соглашайся.

Поддержка Алексея меня как бы подстегнула. С этого момента я не колебался и принял предложение министра окончательно. В Донецке мне с И.В. Шумадой встретиться не удалось. Ответ я должен был послать письменно.

Когда один мой знакомый профессор переезжал из Донецка в Киев на заведование кафедрой, то в письме к министру П.Л. Шупику он поставил целый ряд условий, а именно: квартира, перевод трех его сотрудников из Донецка в Киев, предоставление его жене, кандидату меднаук, места в инфекционной клинике и еще некоторые требования.

Я начал обдумывать проект письма. О том, что мне нужна была квартира, министр хорошо знает. О том, что у меня жена врач-окулист, он тоже знает. Знает и то, что ей нужна работа. Сотрудников с собой я не собирался привозить, поскольку в институте, как мне стало известно, не было своих клиник. Стало быть, написать нужно было просто: «Предложение принимаю и жду дальнейших распоряжений». Так я и сделал.

Последние месяцы в Донецке

В конце мая на специализированном совете Донецкого медицинского института защищал докторскую диссертацию Юрий Григорьевич Единый. Он был первым директором Киевского института урологии.

В свое время он начал с набора кадров. Отдельного помещения у института тогда не было. Он теснился на задворках Октябрьской больницы.

У Юрия Григорьевича что-то не ладилось. Его освободили от руководства институтом и назначили директором профессора П.М.Федорченко. Ю.Г.Единый остался в институте заведовать отделением мочекаменной болезни. Отделение располагалось в одной комнате урологической клиники Киевского мединститута.

Одним из официальных оппонентов у Ю.Г.Единоного был утвержден профессор Р.В.Богуславский. Но за двое суток до защиты он заявил Каро Томасовичу (председателю специализированного совета), что едет на Пленум хирургов в Симферополь и 25 мая участвовать в защите докторской диссертации Ю.Г.Единоного не будет. Каро Томасович пригласил меня и рассказал о случившемся. Предложил быть оппонентом. Я просидел ночь, изучил диссертацию, написал рецензию. Пришел на совет. Вижу Р.В.Богуславского. В Крым на пленум хирургов Украины он ехать раздумал. Защита диссертации Ю.Г.Единоного прошла успешно: электрогидравлическая цистолитотрипсия была тогда новым словом в науке. От Ю.Г.Единоного я немного узнал об Институте урологии, не сообщая ему о предложении министра.

Прошел июнь. А из Киева ничего нет. Я собрался было с Маргаритой в отпуск, но ректор института Г.П.Кондратенко моего заявления не подписал и мотиваций никаких не дал.

Каро Томасович очень не хотел, чтобы я уезжал из Донецка. Он говорил мне:

— Виктор, смотри, какую я клинику создал — все это останется тебе.

Года два тому назад он возглавлял комиссию по проверке научных исследований в Киевском институте урологии и видел, в каком состоянии находится институт.

— Куда ты едешь?

С одной стороны, он был прав. Но я думал, что это ничего, что все в институте нужно начинать сначала. Такую работу я люблю. По крайней мере, меня никто не обвинит в развале института. Из наше-

го разговора Каро Томасович понял, что мое решение твердое, пожелал мне успеха и разрешил звонить, если нужен будет его совет.

20 июля мне сообщили, чтобы я 23 числа был в Минздраве Украины. В тот же день меня вызвал к себе Виталий Алексеевич Сологуб — второй секретарь Донецкого обкома компартии Украины, который меня хорошо знал. Когда он был директором одного из Краматорских заводов, он находился в нашей клинике, а я был его лечащим врачом.

Помню, был очень жаркий день. А я явился к нему в обком партии в костюме, при галстук.

После первых приветствий он меня спрашивает:

— Что это ты так вырядился? Такая жара.

— Виталий Алексеевич, не так часто меня приглашает второй секретарь обкома партии, поэтому я одет по протоколу.

Речь зашла о моем приглашении на работу в Киев. Я ему сказал, что Научно-исследовательский институт — это большое выдвижение по службе, дает шанс попробовать себя на большой работе. Да и возраст. Мне — 45, и если сейчас я не решусь, то через 3—4 года мне не будет смысла менять профиль работы. Он с этим согласился.

Как оказалось, он меня пригласил по поручению Владимира Ивановича Дегтярева (первого секретаря) узнать, действительно ли я принял твердое решение о переезде на работу в Киев, не было ли какого на меня давления. Я объяснил, что все решалось добровольно, с моего согласия.

На следующий день я еще раз побывал в обкоме партии. И на этот раз меня пригласил В.И.Дегтярев. Я знал его и его семью, был в добрых отношениях, некоторых членов его семьи лечил. Поэтому приветствия были самые теплые.

— Знаю, Виктор, что ты принял предложение министра здравоохранения. Не стану тебя отговаривать. Пригласил, чтобы сказать: «Будь выдержан. Держи себя достойно, смело. Специалист ты высокого класса, и знай себе цену. Будут мариновать с жильем — требуй, что тебе нужно, но не больше. И не отступай. На твою кафедру мы пока не будем подбирать нового профессора. Если ты в Киеве придеешься не ко двору, — возвращайся и не считай это поражением».

Он позвонил Каро Томасовичу.

— Каро Томасович, Виктор уезжает.

— Да, уезжает. Я с ним говорил. Он принял твердое решение. Вместо него я подготовлю новых специалистов. Поздно отговаривать его.

Простились мы с Владимиром Ивановичем по-дружески, очень тепло.

Я шел домой и думал: «Чего я еду в Киев? В Донецке хорошо. Отношение прекрасное. Меня в городе знают как хирурга. Тут — друзья». В то же время, в сознании появилось новое ощущение, которое толкало меня на новую работу. Появилось желание проявить свои профессиональные способности в новом деле.

Я созрел для переезда.

Мысли мои были устремлены в Киев. Я готовил себя к новой работе.

Института я не видел, но все говорили, что он в ужасном состоянии. Это меня не пугало. Двадцать один год тому назад я ведь принял разрушенную больницу. Справился. И тут справлюсь.

Вступление в должность директора института

Утром 23 июля 1969 г. я на самолете прибыл в аэропорт Жуляны украинской столицы. Меня встречала жена Ю.Г.Единога, с которой я был знаком, и ученый секретарь института Н.Ф.Кривошей. Устроили меня в гостинице «Украина». И я к десяти утра прибыл в Минздрав.

Заместитель министра И.В.Шумада сообщил, что в 12.00 я должен быть в Киевском обкоме Компартии Украины у Иосифа Тарасовича Гавриленко, заведующего отделом административных кадров. А после визита в обком я должен явиться к И.В.Шумаде.

Времени у меня было достаточно. Парками я дошел до здания обкома и сразу же был принят Иосифом Тарасовичем. Он юрист по образованию. Попросил рассказать кратко о себе, о семье, родителях, месте рождения, профессиональной деятельности, наградах, партвысказании и поощрениях. Я все кратко изложил. Он меня не перебивал, слушал внимательно и большей частью смотрел мне в глаза.

— А с женой у вас как? — последовал дополнительный вопрос, при этом он правой рукой почему-то повертел у виска головы.

— С женой мы живем дружно, оба работаем. Размолвок никогда не было, — ответил я.

— Какие у вас квартирные условия в Донецке?

— Квартира трехкомнатная, немалогабаритная, в самом центре города.

Ко времени моего возвращения в министерство И.В.Шумада уже был в курсе разговора в Киевском обкоме Компартии Украины. Сказал, что пока все идет хорошо.

На следующий день мне предстояло быть на бюро Киевского обкома КПУ. Вместе с Иосифом Тарасовичем мы ждали в его кабинете. Ему позвонили из приемной, что через 10 минут будут обсуждать наш вопрос. В приемной мы ждали долго, минут сорок. Иосиф Тарасович даже почувствовал неловкость от того, что его долго не принимают. Наконец, нас пригласили. Мне указали на стул в центре комнаты. Стол был полукруглым. Члены обкома сидели с внешней стороны стола и мы друг друга хорошо видели. В центре сидел второй секретарь Киевского обкома партии В.В.Сокол, красивый крупный, уверенный в себе мужик.

Несколько мгновений мы изучали друг друга, в упор.

— Начнем, пожалуй. Докладывайте, Иосиф Тарасович, — предложил секретарь обкома В.В.Сокол.

Тот доложил членам бюро мои анкетные данные, а также некоторые сведения из нашей беседы.

— Так вы административной работой не занимались? — как-то вяло спросил В.В.Сокол. (Хоть И.Т.Гавриленко и говорил, что я был главным врачом больницы, проректором по науке целый учебный год, а кроме того, занимался партийной работой...)

— В научно-исследовательских институтах я раньше не работал. Школу научно-клинической работы прошел вполне приличную, в крупной клинике, стажировался в ряде НИИ. Это одна из важных составляющих в любом научно-исследовательском клиническом учреждении, — ответил я.

Некоторые члены бюро в знак согласия слегка закивали головами.

На этом рассмотрение моего вопроса закончилось. Нас попросили выйти в приемную.

— Иосиф Тарасович, рекомендуют меня или нет? — спросил я.

— Во всяком случае, не отказали, — ответ был неопределенным и несколько уклончивым.

Через 1—2 минуты нас вызвали снова к членам бюро. В.В.Сокол сообщил, что бюро обкома меня рекомендует на должность директора Киевского института урологии. Все заулыбались. В.В.Сокол меня поздравил.

С этого момента все завертелось быстрее. В отделе кадров Министерства здравоохранения УССР я заполнил ряд бумаг, их скрупулезно проверили кадровики. Некоторые бумаги пришлось дополнить.

У Василия Дмитриевича я спросил о квартире. Он как-то замялся: сложный вопрос. Но Константин Петрович Бойко, который руководил хозяйственной службой Совета Министров Украины, в предоставлении мне квартиры с ходу отказал.

— А у вас там знакомые есть? — спросил Василий Дмитриевич, при этом сделал большим пальцем выразительный жест вверх.

— Да, — ответил я. — Меня хорошо знает Александр Павлович Ляшко, премьер-министр Украины и Алексей Антонович Титаренко, секретарь ЦК КПУ, Владимир Михайлович Цыбулько, зав. отделом руководящих кадров ЦК Украины.

— Сходите к Александру Павловичу, поговорите с ним.

Необходимость визита к А.П.Ляшко с таким вопросом у меня вызвала сомнение.

— Василий Дмитриевич, а не скажет ли Александр Павлович — приглашало на работу Министерство здравоохранения, так пусть и думает о квартире новому директору института.

— Пожалуй, это правда, — после некоторого раздумья последовал ответ. — Без квартиры у нас еще никто не оставался. Утрясется.

Вторая половина дня у меня оказалась свободной. В гостиницу мне идти не хотелось. Дай-ка, думаю, посмотрю строительство нового корпуса института. Адрес я знал. Там строилось Г-образной формы здание, прилегающее вплотную к больнице для обслуживания водников. Другим торцом здание упиралось в гору, на которой находилась обсерватория Киевского университета им. Т.Г.Шевченко, зарегистрированная во всех международных астрономических каталогах.

Я прошелся вдоль улицы Юрия Коцюбинского. Она мне была знакома с детства, но тогда она называлась Павловской. На том месте, где сейчас Шевченковский райком партии Киева, стояла хата, крытая соломой.

Больница для обслуживания водников до революции называлась Евангелической больницей и обслуживала немецкое население, издавна жившее в Киеве. Этот район стал интенсивно застраиваться и заселяться после 1845 года жителями Подола, когда очень большое наводнение заставило власти города искать безопасное место для жителей. Павловский скверик и засаженная деревьями улица были особенно уютными и красивыми. А сейчас, когда в здании Шевченковского райкома партии разместилось Американское посольство, тут постоянно толпится масса людей и полно машин.

26 июля 1969 года вечером был подписан приказ министра здравоохранения о назначении меня на должность директора Киевского НИИ заболеваний почек и мочевыводящих путей (урологии). В этот день из министерства позвонили в институт, и предупредили, чтобы на следующий день к 10 часам собрались все члены ученого совета — для представления нового директора.

27 июля 1969 года к 9 часам я пришел в министерство к И.В.Шумаде. У него в кабинете находились Семен Семенович Лаврик (тогда — директор Института переливания крови) и Владимир Матвеевич Козлюк — начальник Главного лечебно-профилактического управления Министерства здравоохранения Украины. По ритуалу, они должны были представлять меня от имени коллегии Минздрава Украины ученому совету института.

Подъехали мы к институту на ул. Чкалова, 65. Вошли в подъезд. Все полуразрушено — идет ремонт. Уборщица подметает пол, чтобы мы прошли в кабинет директора.

Нас встретил профессор Павел Маркович Федорченко, теперь уже бывший директор института, с которым ранее я не был знаком. Членам совета С.С.Лаврик зачитал приказ по Министерству здравоохранения о моем назначении на должность директора института и предложил мне рассказать о себе. Я увидел среди членов совета доцента Н.Т.Терехова, с которым учился и долго работал в Донецком мединституте. Стало ясно, что он многое уже рассказал обо мне, поэтому я сообщил лишь самые главные факты моей трудовой и профессиональной биографии.

На этом мое представление совету института закончилось. Теперь нужно было составить и подписать акт о передаче института.

Профессор Павел Маркович Федорченко сообщил, что неделю тому назад КРУ (контрольно-ревизионное управление) Минздрава СССР закончило проверку института. Акт проверки готов. Стоит ли проводить новую проверку института при вступлении на должность нового директора или ориентироваться на акт КРУ? М.В.Козлюк и С.С.Лаврик составили короткий акт о передаче института П.М.Федорченко вновь назначенному директору В.С.Карпенко, ссылаясь на приказ министра здравоохранения СССР от 26.07.69. К нему приложили обстоятельный акт проверки КРУ.

Профессора Павла Марковича Федорченко приказом министра здравоохранения Украины назначили заместителем директора института по научной работе. Членам коллегии он заявил, что эту должность будет исполнять временно, до завершения годового отчета по науке. Он хочет вернуться вторым профессором на кафедру урологии Киевского института усовершенствования врачей, которой заведует профессор Проскура Ольга Васильевна.

В.М.Козлюк и С.С.Лаврик пожелали мне успеха и отбыли из института.

Часа два П.М.Федорченко рассказывал мне об институте, конфликтах в коллективе, научных работах, оснащении и, конечно же, о затянувшемся ремонте...

От работников Министерства здравоохранения я узнал, что по постановлению Совета Министров УССР от 19 декабря 1964 года №1244 и приказа министра здравоохранения УССР Платона Лукича Шупика от 18 января 1965 года в Киеве организован Научно-исследовательский институт заболеваний почек и мочевыводящих путей (урологии).

Фактически институт начал функционировать с 22 июня 1965 года, согласно приказу Минздрава УССР № 326. Все организационные вопросы по созданию института проводил и.о.директора, канд.мед. наук Ю.Г.Единый, назначенный тем же приказом, а затем утвержденный директором 17 января 1966 года. В министерских кругах говорили, что Институт урологии П.Л.Шупик создавал для себя, на случай ухода с должности министра здравоохранения Украины, и принимал деятельное участие в его строительстве.

Первоначально администрация института находилась на территории Октябрьской больницы, а клинические базы определены в урологических отделениях больниц: Медгородка, городского онкодиспансера, 2-й городской больницы Подольского района и нефрологического отделения на базе клинической больницы для обслуживания водников Днепровского бассейна.

Первое заседание временного ученого совета Института урологии было проведено 10 ноября 1965 года в составе профессора М.М.Ковалева, председателя ученого совета Минздрава Украины (председатель), членов-профессоров И.А.Курилина, И.И.Потоцкой, Ф.Я.Приймака, Р.И.Малыхина и доцентов В.К.Баева и В.Н.Скляра.

На первом заседании ученого совета института была избрана конкурсная комиссия по избранию руководителей отделений и лабораторий Института урологии в составе профессора Б.С.Ручковского (Институт онкологии), доцента В.Н.Скляра (мединститут), И.П.Сороки (секретарь парторганизации института), А.Т.Денисовой (представитель профсоюзной организации) и Ю.Г.Единоного (директора института). Ю.Г.Единый директором института был чуть больше 2 лет. С 23 апреля 1968 года по 26 июля 1969 года директором института был профессор П.М.Федорченко.

Научных сотрудников в институт подбирали по конкурсу. Из Института туберкулеза пришли профессор Б.Л.Полонский, доктора меднаук А.Е.Суходольская, Г.Ф.Колесников, доцент Н.Т.Терехов, кандидат мед.наук А.М.Романенко; из Института рентгенрадиологии и онкологии — доктор меднаук И.Ф.Юнда; из Института гематологии и переливания крови — профессор А.В.Соколов; из Института эндокринологии — профессор Н.М.Петрунь; из Черкасского облздравотдела — кандидат мед. наук Л.П.Павлова; из Днепропет-

ровска — кандидат мед.наук В.С.Гагаринов; из горвендиспансера — врач Корякин; из Киевского мединститута — профессор В.Л.Бялик и кандидат мед. наук В.А.Пирогов и другие.

В институт, по совместительству, были приглашены известные профессора О.В.Проскура и А.П.Пелешук, поскольку их клиники стали временными базами Института урологии.

На должности старших и младших научных сотрудников, а также лаборантов с высшим и средним образованием принимали по конкурсу, в основном киевлян.

Министр здравоохранения Украины Платон Лукич Шупик не видел среди киевских профессоров кандидата на должность заместителя директора института по научной работе, поэтому его выбор пал на профессора С.Д.Голигорского, который в ту пору работал в Кишиневском мединституте и был хорошо известен как автор многих урологических публикаций, умный, доброжелательный и образованный человек.

В организационный период создания института образовался очень сложный научный коллектив молодых ученых, приглашенных из разных институтов, которые стремились себя проявить в деле. Беда их состояла в том, что их тогда не объединяли одна-две научные идеи. Урологии и нефрологии многие из них не знали. Некоторые научные сотрудники, прошедшие по конкурсу в институт, еще только заканчивали свои диссертации, запланированные в других институтах.

В то время под личным контролем П.Л.Шупика проектировался и начал строиться клинический урологический корпус института по адресу ул. Ю.Коцюбинского, 9а — фактически, на территории больницы для обслуживания водников. В официальных документах строящийся корпус значился как урологическое отделение больницы водников. Официальным заказчиком был главный врач больницы водников Днепровского бассейна — Виктор Александрович Чистяков, человек весьма энергичный, добрый, вспыльчивый, но не забывчивый, напористый, авторитетный и с большими связями.

Строительная площадка института была неудобной. Здание Г-образной формы, небольшое, на 140 коек, проект к концу строительства устарел. Позже мне сам П.Л.Шупик говорил: выбор пал на эту территорию потому, что он собирался всю больницу водников Днепровского бассейна передать Институту урологии. Для водников Днепровского бассейна он предполагал построить новую больницу, в удобном для них месте. Профессор П.М.Федорченко счел нужным рассказать мне следующее.

Платон Лукич Шупик, понимая, что должность министра здравоохранения, непостоянная, создавал Институт урологии под себя. В Ю.Г.Едином он видел человека, которого можно переместить, поэтому долго держал его в должности и.о. директора. Приближался пенсионный возраст.

С приходом на должность министра здравоохранения Украины профессора В.Д.Братуся многое изменилось. Отношения у них давно были сложными, и П.Л.Шупик понимал, что В.Д.Братусь долго его на должности директора Института урологии держать не станет. П.Л.Шупик занял кафедру организации здравоохранения и социальной гигиены в Киевском Институте усовершенствования врачей союзного подчинения и таким образом ушел из-под влияния Минздрава УССР.

Информационная беседа с П.М.Федорченко закончилась.

Я остался в кабинете один. Кабинет мрачный. Эркер выходит на северо-запад. Время от времени дверь кабинета открывается: это любопытные сотрудники торопятся посмотреть на нового директора.

С чего начинать?

Мне вспомнился чей-то совет: придя в новый коллектив, не думай привлечь к себе внимание каким-то необычным поступком, а думай о том, как вписаться в сложившийся порядок. Сiju и думаю: как вписаться в сложившийся порядок и есть ли он в этом институте?

Первым меня посетил зам. директора по АХЧ Е.И.Петровский. В прошлом, как он мне с гордостью сообщил, он был директором парка культуры и отдыха им. Пушкина в Киеве.

Он предложил мне осмотреть здание и познакомиться с ремонтными работами.

Сначала мы пошли на чердак. Оказалось, что там живет четыре семьи пожилых людей. Когда здание принадлежало Киевскому мединституту, они работали на кафедрах, расположенных в этих корпусах. С передачей помещения Институту урологии они перешли в Институт урологии на подсобные должности. С пропиской у них что-то было не в порядке, но к их соседству все привыкли, т.к. выселить их было некуда.

Здание института было построено в начале века как жилой доходный дом. На каждом этаже было по две просторных квартиры площадью по 150—200 кв.м со всеми удобствами. В подвале располагалась котельная, а еще ниже — помещение для угля.

В советское время здание нещадно эксплуатировалось и никогда не ремонтировалось. Очень красивый паркет, лепные украшения на стенах и потолке пришли в полную негодность. Для института

здание оказалось практически непригодным — все нужно было приспособлять.

От Петровского я узнал, что ремонт сильно затянулся. Сотрудники начали часто болеть. Приглашенные работники Городской санстанции выявили в некоторых помещениях повышенное содержание паров ртути. Видимо, работники кафедр небрежно обращались со ртутью, поэтому она попала в щели паркета. Пришлось срывать полы и дополнительно выполнять сложные работы. Вокруг здания института была гора мусора. Да такой высоты, что мы с Петровским по этой горе мусора спустились во двор.

— Товарищ Петровский, мусор загореться может?

— Да, конечно.

— Тогда срочно вывезите мусор!

Е.И.Петровский и завхоз зашевелились. Мусор был вывезен, а ремонтные работы к новому году, в основном, были закончены. Для выполнения этих задач были привлечены все сотрудники института. В качестве подсобных рабочих. О какой науке в тех условиях можно было говорить?!

Искусственное формирование нового научного коллектива института привело к тому, что общий язык в отношении формирования научного плана института найден не был. Среди сотрудников начались склоки.

Профессор С.Д.Голигорский не смог ужиться с заведующим отделением онкологии профессором Б.Л.Полонским. Последний хлопнул дверью и ушел из института. Руководителем отделения уроонкологии назначили кандидата мед. наук М.И.Гойхберга.

С.Д.Голигорский, видя, что среди руководящих сотрудников института мало урологов, начал планировать диссертации младшим научным сотрудникам и аспирантам под своим руководством. Это вызвало жестокий отпор молодых докторов наук, которые сами хотели быть научными руководителями диссертантов. Коллектив был неуправляемым. Из-за этого Ю.Г.Единый потерял должность директора.

В Киеве долго не могли найти подходящей кандидатуры на должность директора. Приглашали из Ленинграда профессора А.М.Гаспаряна, но он отказался принять институт. Профессора Ф.А.Клепикова не отпустила дирекция Харьковского института усовершенствования врачей. Учитывая безвыходность положения, назначили П.М.Федорченко. П.М.Федорченко — очень порядочный человек, в прошлом — сын полка. Но ему, видимо, не хватило тех качеств ученого, которые необходимы для объединения коллектива научной идеей.

С новым директором склоки не прекратились. Более того, они вспыхнули с новой силой, особенно между С.Д.Гологорским, П.М.Федорченко, докторами мед. наук Г.Ф.Колесниковым, А.Е.Суходольской и И.Ф.Юндой.

Еще в апреле-мае С.Д.Гологорский приезжал в Донецк — он прослышал, что меня приглашали в Министерство здравоохранения Украины для беседы и пытался узнать у меня, дал ли я согласие занять должность директора Киевского института урологии и скоро ли я перееду в Киев. Однако он уехал ни с чем. Тогда я и сам толком ничего не знал о своей участи. В министерстве же решили немного «почистить» и успокоить институт, а затем уже приглашать нового директора.

В мае в кабинете министра состоялся ученый совет института, который принял решение освободить С.Д.Гологорского от должности замдиректора по науке, И.П.Сороку — от должности ученого секретаря, а также еще ряд научных сотрудников. Из уцелевших членов ученого совета часть ушла в отпуск, часть притихла в ожидании нового начальства.

Оставшись в кабинете один, я подумал о совпадении событий в моей жизни, которые выпадают на 27 июля: 27 июля 1941 года я покинул отчий дом и поехал поступать в академию; 27 июля 1948 года был назначен на должность главного врача больницы в Чистяково; через год — 27 июля 1949 года — у меня родился сын; 27 июля 1962 года мне присвоили звание доцента, а 27 июля 1969 года я вступил в должность директора Института урологии. Совпадения приятные.

По дороге в гостиницу «Украина» я зашел на междугородний переговорный пункт, что теперь на ул. Б.Хмельницкого. Поздравил Алексея с днем рождения и рассказал о своем первом рабочем дне в институте. Поужинал в ресторане гостиницы, перед сном полистал журнал «Урология и нефрология».

На следующий день к 9 часам утра я пришел на работу. Решил этот день познакомиться с утвержденной штатной структурой института, штатами, финансированием, а также с приказами Министерства здравоохранения за все годы, чтобы войти в курс дела как руководитель института.

В тот же день парторг института Л.П.Павлова сообщила мне, что секретарь Киевского горкома Компартии Украины Галина Григорьевна Романчук приглашает меня для беседы. В назначенное время я был у нее. Беседа продолжалась около часа. Все время говорила она: дескать, вы опытный ученый и хирург, а администратор еще никакой. И начала давать советы. Я вытащил блокнот. Это ее вдохнови-

ло и советы посыпались, как из рога изобилия. Она не интересовалась состоянием дел в институте, научными планами, планами подготовки кадров, наконец, ремонтом. Не спросила, какая у меня перспектива с жильем.

В конце она спросила:

— Есть ко мне вопросы или просьбы?

— Пока просьб нет.

На том мы с ней и расстались.

Мой последний представительский визит был к секретарю Радянского райкома Компартии Украины Юрию Ивановичу Зарубину, когда я становился на партийный учет. Беседа у нас была очень интересная. Он мне рассказал некоторые подробности дел в институте, которые разбирались в райкоме.

А когда я побывал у Василия Дмитриевича Братуся, то он посоветовал мне встретиться с секретарем ЦК КПУ А.А.Титаренко. Причем повод для визита я должен был найти сам. Мы с Братусем договорились, что организуем этот визит через А.Н.Зелинского, работника ЦК партии.

Как-то утром я зашел к Анатолию Николаевичу Зелинскому. Он сказал: «Вот номер телефона А.А.Титаренко, но звоните сами». Я набрал внутренний прямой номер телефона А.А.Титаренко. Представился.

— Откуда ты звонишь?

— От А.Н.Зелинского.

— Заходи ко мне.

А.Н.Зелинский проводил меня до дежурного милиционера. Там уже было распоряжение пропустить меня в кабинет секретаря ЦК КПУ.

Встретились мы очень приветливо, выглядел А.А.Титаренко прекрасно, молодцевато. Был хорошо настроен. Начал с расспроса, как Каро Томасович, как А.Ф.Греджев, с которым он был дружен много лет. Как другие наши общие знакомые. Потом поинтересовался мною. Я ему рассказал о себе, о переходе в Киевский Институт урологии. Рассказал о состоянии института и ближайших планах.

— Ничего. Берись серьезно за дело. Каждые 6 месяцев заходи в ЦК, докладывай, как идет работа. Нам важны сведения из первых уст.

Я подумал, что если он спросит, какая мне нужна помощь, то я скажу ему о ремонте института и о квартире. Он об этом не спросил, а я не стал во время первой же встречи просить о чем-либо. Наша беседа продолжалась около часа.

Меня удивило, какое большое значение имел визит к секретарю ЦК КПУ А.А.Титаренко. Уже на следующий день о моем визите к

нему знали не только в министерстве, но в и обкоме, горкоме и даже в райкоме. Я подумал, что попал в номенклатуру. Причастность к номенклатуре помогала в работе. Открывала многие двери в нужных инстанциях.

Весь август я изучал приказы Минздрава — все со дня основания института, — протоколы всех ученых советов института, все годовые научные отчеты, а также большинство публикаций сотрудников, относящихся к урологии. К своему удивлению, я узнал, что многие научные работы не касаются урологии, сексологии и нефрологии. Ряд сотрудников заканчивали прежние работы и диссертации, но они были внесены в план Института урологии. Видимо, такая участь вновь организуемых институтов: заполненный штат — это еще далеко не научный коллектив.

Вот с этого и надо начинать — объединить научными темами весь коллектив института. Но как это сделать? Ведь у всех разные интересы.

Ровно месяц я жил в гостинице «Украина». Потом меня переселили в гостиницу «Октябрьская». Не успел я подъехать к гостинице, как встретил Дегтярева В.И. У входа на улице он ожидал машину, чтобы ехать в аэропорт и лететь в Донецк. Мы обнялись.

— Ну как? — спрашивает.

— Вроде бы вписываюсь.

— По настроению вижу — доволен.

Он обращается к сопровождающему его человеку и говорит, показывая на меня: «Это стоящий человек, помоги ему на первых порах, пока решится вопрос с квартирой». И продолжает, обращаясь ко мне:

— Кстати, а как с квартирой?

— Владимир Иванович, пока никак. Вроде взяли на квартучет, но все неопределенно. В.И.Цыбулько звонил мэру Киева В.А.Гусеву, но вопрос они не решили.

— Не волнуйся, решат. Люди они солидные.

На этом мы с ним расстались. Наши пути следующие лет семь не пересекались.

Сопровождающим В.И.Дегтярева, как потом я выяснил, был Иван Сергеевич Воронезкий, директор гостиницы «Октябрьская». Это был прекрасный человек, не только по моему мнению, но и по мнению многих из тех, кто жил в этой гостинице. Я прожил в ней почти десять месяцев, лишь иногда на субботу и воскресенье улетаю в Донецк.

Маргарита свой очередной отпуск провела со мною в Киеве. А с февраля Алеша перевелся в Киевский мединститут на 4 курс лечебного факультета и жил со мной в гостинице.

Лаборатории и клиники института

В первые две недели работы я посетил все лаборатории и клинические базы: в онкодиспансере, 2-й городской больнице на Подоле, горбольнице № 14 и больнице водников Днепровского бассейна. Лаборатории института были в состоянии ремонта и научная работа велась вяло. Надеялись на активизацию экспериментальных работ.

На территории больницы водников заканчивалось строительство вивария института. В Октябрьской больнице отделение мочекаменной болезни располагалось в одной комнате площадью 17—19 кв. м. Все было завалено пробирками с раздробленными камнями мочевого пузыря, деталями каких-то аппаратов, проволокой и т.д.

Кафедра урологии мединститута находилась в одноэтажном здании, помещение было тесным и неудобным. Сотрудники Института урологии приходили на работу, но почти ничего не делали — негде было работать. С.Д.Голыгорский занимал в Институте урологии должность зав. отдела воспалительных заболеваний, но вскоре был избран заведующим кафедрой урологии Киевского медицинского института. Сотрудников Института урологии от хирургической и лечебной работы постепенно отстраняли. Только В.П.Пашковский удалял петлей камни из мочеточника, а доктор меднаук Ю.Г.Единый занимался электрогидравлической цистолитотрипсией. Научные сотрудники и профессора кафедры изучали проблему пиелонефрита.

В процессе беседы мне стало ясно, что работать сотрудникам Института урологии вместе с сотрудниками кафедры урологии мединститута совершенно невозможно из-за несовместимости коллективов и отсутствия рабочих мест.

Далее, я посетил базу городского онкодиспансера, где располагалось уроонкологическое отделение института с радиологической группой. Этим отделением руководил ст.науч.сотр. М.И.Гойхберг. Пожалуй, это было самое спокойное отделение. Там была своя клиническая база, своя научная тематика, успешно велась лечебная работа. Отделение было рассчитано всего на 40 коек, было тесным и плохо оснащенным технически.

Я каждый раз удивлялся бедности лечебных учреждений Киева. В Донецке и Донецкой области к тому времени было построено много хороших новых больниц, и многие старые больничные корпуса были капитально реконструированы.

Еще я посетил 2-ю больницу на Подоле, где располагалось туберкулезное отделение института. Больница снаружи была отреставрирована после того, как в 50-х годах селевой поток из Бабьего яра

хлынул на Подол. Больница оказалась на пути селевого потока и была полностью затоплена грязью до уровня второго этажа. Больные и сотрудники с первого этажа срочно переселились на верхние этажи. Весь этот ужас врезался в память сотрудников. Они охотно с подробностями рассказывали об этом несчастье. Многие медики в этот опасный период действовали решительно. Человеческих жертв в больнице не было. Удалось сохранить многое из мебели и оборудования.

Но, несмотря на внешнюю опрятность, внутри больницы царили бедность и неустроенность. Было недостаточно медицинского оборудования, но медикаменты поступали регулярно и в нужном ассортименте.

Руководил клиникой ст.науч.сотр. В.С.Гагаринов. К тому времени он заканчивал докторскую диссертацию на тему о ренальной гипертензии и постепенно переключался на уротуберкулезную научную тематику. Для оперативного лечения нефросклероза, который обуславливал нефрогенную гипертензию, он применял окутывание больной почки кишкой, т.е. применял операцию, предложенную профессором А.Я.Пытелем. Идея операции состояла в том, что склерозированная паренхима почки получает дополнительный источник кровообращения за счет сосудов кишечника. В то время подобные операции — оменторенопексия, оментокардиопексия, оментогепатопексия применялись при нефросклерозе, кардиосклерозе, циррозе печени. Правда, эта операция не выдержала испытания временем. После оперативного вмешательства усиливалось рубцевание вокруг почки, а артериальное давление у пациента не снижалось. Приходилось производить нефрэктомия, но она уже была чрезвычайно сложной.

В урологическое отделение больницы медгородка я не ездил. Профессор Ольга Васильевна Проскура, заведующая клиникой урологии, была в отпуске. Вернувшись из отпуска, она сама посетила меня. После взаимных приветствий и разговоров о Каро Томасовиче, которого она хорошо знала и уважала, мы перешли к профессиональным вопросам, и, в частности, к оперативному лечению пузырно-вагинальных свищей, что было темой ее докторской диссертации. Она была сторонницей трансвагинального ушивания пузырно-вагинальных первичных и осложненных свищей. Преимущества — проще оперировать и легче для женщин. Рекомендовала попробовать этот метод оперативного лечения, который она разработала в докторской диссертации, будучи сотрудницей профессора А.А.Чайки.

В клинике Каро Томасовича я неоднократно оперировал пузырно-вагинальные свищи, но чреспузырным доступом, причем применял не срединный разрез, как было принято, а надлобковый дугообразный разрез, как предложил профессор К.Т.Овнатанян.

По совету Ольги Васильевны я начал применять трансвагинальный доступ при ушивании пузырно-вагинальных свищей. Я благодарен ей за этот совет. В последующем в наш институт поступало много больных с этой патологией. А мы овладели всеми известными способами лечения пузырно-вагинальных свищей: трансвагинальным, чреспузырным и трансабдоминальным. У нас стало меньше рецидивов свищей и не было случая, чтобы мы не закрыли свищ.

Профессор О.В.Проскура жаловалась на тесноту в клинике. На одной базе скопилось три коллектива: больничный, Института усовершенствования врачей и Института урологии. Врачей и курсантов было столько же, сколько и больных. А отделение — на 60 коек. Она просила освободить ее от совместительства по нашему институту, за которое она ничего не получала и просила перевести сотрудников Института урологии на другую базу. У нас в институте она руководила отделением пластической урологии и травм. Я обещал ей при первой возможности забрать отделение и освободить ее от бесплатного совместительства, тем более, что я лично был заинтересован в этом, рассчитывая со временем вступить в заведование этим отделением Института урологии.

К тому времени относится мое знакомство с клиниками и лабораториями, расположенными в больнице для обслуживания водников Днепровского бассейна.

Как-то раз зашел я к главному врачу больницы В.А.Чистякову и вижу в его кабинете А.П.Радзиевского — директора издательства «Здоров'я». В.А.Чистяков встретил меня не очень приветливо. Я представился. В ответ на мое приветствие он сказал:

— А-а, очередной директор. Надеюсь, не последний. Надоел мне ваш институт. Одна морока с ним и склоки.

А.П.Радзиевский участия в разговоре не принимал. Я высказал цель визита: осмотр структурных подразделений института на базе его больницы.

— Хорошо, сейчас приглашу Н.Т.Терехова, он все покажет.

Вместе с доцентом Н.Т.Тереховым мы осмотрели лабораторию гемодиализа. Он тогда занимался докторской диссертацией. Темой его работы была послеоперационная почечная недостаточность. Со всего города туда свозили самых тяжелых больных острой почечной недостаточностью различного генеза. Смертность была высокая,

расход медикаментов большой. Помимо лаборатории гемодиализа Н.Т.Терехов по совместительству заведовал хирургическим отделением больницы, поэтому в отделении лежали не только урологические больные. Помещений явно не хватало, но отделение производило вполне приличное впечатление. Хорошее впечатление производило и отделение терапевтической нефрологии. Оно располагалось на базе терапевтического отделения больницы и было общим с базой Киевского мединститута. Возглавлял это смешанное отделение профессор А.П.Пелешук — образованный и обаятельный человек. Он был увлеченным человеком, с азартом рассказывал о своей профессии и о том, над чем работал его коллектив. В.А.Чистяков относился к нему с уважением. Под кабинет профессору А.П.Пелешуку был отдан конференц-зал больницы, с условием, что раз в неделю в нем главный врач будет проводить больничные мероприятия. С уважением В.А.Чистяков относился к профессору В.А.Бялику. Морфологическая лаборатория института располагалась под аудиторией. Поскольку аудитория была наклонной, то потолок в лаборатории был также наклонным. Ходить в полный рост можно было только у внешней стенки. Но кабинет профессора В.А.Бялика был вполне приличным. Профессор В.А.Бялик закончил службу в Советской армии фронтовым патологоанатомом. У него были фундаментальные работы по причинам гибели солдат на фронте, опубликованные в многотомном издании «Опыт Великой Отечественной войны». Лаборатория располагала только световыми микроскопами и занималась гистохимией. Основных направлений исследований было два: морфология почечной недостаточности и морфология эпителиальных опухолей мочевого пузыря — последняя тема была докторской работой А.М.Романенко, которая ранее специализировалась в институте туберкулеза.

Осмотр всех лабораторий и клиник на базах больниц Киева окончен. Материальная база явно не соответствует задачам института, определенных Министерством здравоохранения Украины. Персонал на 85% молодой, хочет себя проявить и чего-то достичь. Даже в этих невероятных условиях пытаются что-то делать. Все яснее мне становилось, что основная борьба в институте до меня велась среди институтской руководящей элиты за гегемонию. Нередко профессора подталкивали своих сотрудников на неправомочные действия, о чем я узнал во время посещения лабораторий и клиник.

Условия работы клиник и лабораторий нашего института я изучил. А как в других институтах? Одним постановлением Совмина Украины были созданы три института: урологии, онкологии и эндо-

кринологии. Договорился по телефону о встрече с директором института онкологии академиком Ростиславом Евгеньевичем Кавецким (учеником Богомольца). Он незадолго до этого построил новый корпус, в котором были экспериментальные лаборатории, клиники и большое рентгенологическое отделение.

Академик Р.Е.Кавецкий показал мне клиники, лаборатории и библиотеку института. Познакомил со структурой института, рассказал об особенностях планирования науки, которое предусматривало внутриинститутское и межинститутское планирование, в основном с институтами Академии наук Украины. На мой вопрос: «Какое научное исследование института считается наиболее перспективным?», — директор ответил: «Совместная разработка противоникотинового фильтра для сигарет. По подсчетам экономистов, оно даст 420 миллионов прибыли ежегодно за счет снижения средств на лечение больных от рака легких». Так ли это оказалось на практике? Я до сих пор не знаю. Курить же стали значительно больше, чем курили, в курение включаются не только юноши, но и школьники.

Затем я посетил Институт эндокринологии и обмена веществ. Он находился в новом здании на площади Шевченко. Директор института — академик Василий Павлович Комиссаренко, он же и основатель института. Человек увлеченный, в свое время был заместителем министра здравоохранения Украины, возглавлял Всесоюзное общество эндокринологов. Особенно гордился тем, что вывез из Соединенных Штатов технологию изготовления пенициллина. Институт имел научные лаборатории и клиническую базу. Болезни желез внутренней секреции лечили консервативными и оперативными методами. Они тогда были заняты разработкой технологии изготовления отечественного инсулина и пересадкой клеток Лангерганса больным, страдающим диабетом. Коллектив у них стабильный, ряд лет работает довольно продуктивно. Институт на хорошем счету. При обходе института я обратил внимание на уважение, с каким сотрудники относились к Василию Павловичу Комиссаренко.

На собраниях, конференциях и коллегиях обсуждался вопрос о противоникотиновых фильтрах и производстве отечественного инсулина. Особенно остро стоял вопрос об инсулине в 80-е и 90-е годы, когда поставки медикаментов из-за рубежа значительно уменьшились. Жизнь многих диабетиков была поставлена на грань гибели.

Но ни производство противоникотиновых фильтров, ни изготовление инсулина по разработкам киевских научно-исследовательских институтов налажено не было. Два больших научных коллектива проработали в этом смысле вхолостую. Их труд отечественная про-

мышленность не использовала. С одной стороны, партия и правительство провозгласили: «Все для блага человека, все во имя человека!», а на деле противоникотиновые фильтры и производство инсулина, которые были разработаны нашими учеными, внедрить так и смогли. Развитие промышленности в СССР все более милитаризовалось. Производство отечественного инсулина не было налажено до середины 90-х годов.

Пока были нефтедоллары, многие медикаменты закупали за границей вместо того, чтобы развивать отечественную фармацевтическую и медицинскую промышленность. Аукнулось, когда развалился Советский Союз. Украина осталась без медикаментов. Мы, клиницисты, испытывали большие трудности. Больные страдали из-за недостатка медикаментов.

Самым сложным было что-то внедрить в практику: создать опытный экземпляр прибора законным путем было невозможно. Приходилось использовать знакомства, связи и личные средства разработчиков. Но и это не всегда заканчивалось созданием опытного образца.

У меня возник повод встретиться с профессором Ю.И.Кундиевым. Он был директором Института гигиены труда и профессиональных заболеваний. Его институт находился рядом с нами, на ул. Чкалова, 33. До революции в этом здании была частная лечебница. На стенах и потолках была красивая лепка. Из кабинета Юрия Ильича вела широкая дверь на террасу.

От Юрия Ильича я узнал, что в комнате, где теперь располагается его кабинет, лежал и умер премьер-министр России П.А.Столыпин, смертельно раненный Багровым в киевском Оперном театре. Как потом писал царь Николай II, он заходил в это здание, но жена П.А.Столыпина не пустила царя к мужу ввиду тяжести состояния раненого. Вскоре Столыпин умер. Окна комнаты, где лежал умирающий П.А.Столыпин, выходили на шумную Маловладимирскую улицу (теперь О.Гончара). После смерти П.А.Столыпина Маловладимирскую улицу переименовали в Столыпинскую. Я помню рассказы с детства: когда раненый П.А.Столыпин лежал в лечебнице, Маловладимирскую улицу выстилали соломой, чтобы шум не беспокоил умирающего премьер-министра.

Поводом визита к Ю.И.Кундиеву послужили предстоящие выборы секретарем партбюро института профессора Н.М.Петруня. В институте он был человеком новым. Держался тихо, немного скрытно, изучал обстановку, активно участвовал в ремонте лаборатории. Юрий Ильич вместе с ним заканчивал аспирантуру у профессора Л.И.Медведя. Ю.И.Кундиев Николаю Михайловичу дал поло-

жительную характеристику. В интригах Н.М.Петрунь не участвовал. А как он поведет себя, став лидером парторганизации института? На этот вопрос ответа я не получил. Публично профессор Н.М.Петрунь выступал редко, поэтому мнение его по различным вопросам жизни института толком никто не знал. В нашем институте он держал себя именно так. Другой кандидатуры не нашлось — избрали его и, как потом оказалось выбор был сделан удачно. Парторгом института он был 16 лет.

Л.П.Павлова сдала дела новому секретарю партбюро профессору Н.М.Петруню. До этого она часто заходила ко мне как по делам партбюро, так и по вопросам здравоохранения. Она возглавляла научно-организационный отдел, который связывал институт с Министерством здравоохранения и практической уронефрологией. Она не раз предлагала мне ехать в области для проверки урологической службы. По разным предложениям я отказывался. Прежде всего, не имел права. В обязанности директора института не входит проверка состояния урологической службы в областях. Это функция главного уролога Минздрава.

После партийного собрания Л.П.Павлова зашла ко мне. Она сникла, упала духом. Ее сильно критиковали как парторга института. Теперь она рядовой член партии. Опасается возмездия.

Я ее успокоил и сделал это искренне, сказав, что если она будет хорошо работать, то в обиду я ее не дам. Самое главное — работа.

Уже значительно позже она мне говорила, что моя поддержка в тот критический период была для нее очень важной. Действительно, все годы она работала хорошо и пользовалась уважением в институте и Министерстве здравоохранения УССР и СССР.

Постепенно расширялся мой круг знакомых. В то время в Киеве уже год жил профессор И.М.Матяшин, который заведовал в институте кафедрой факультетской хирургии. Своей деятельностью, хирургической активностью, умением выступить и принять участие в дискуссии он очень быстро завоевал авторитет среди хирургов. Позже, когда он стал главным хирургом Минздрава УССР, Н.М.Амосов о нем скажет: «Наконец у нас появился исключительно толковый главный хирург республики».

Иногда к себе домой или в Кончу-Заспу на дачу меня приглашали мои донецкие знакомые Жуковы Александр Илларионович и Людмила Федоровна. Поскольку я жил в гостинице ЦК, я познакомился со многими работниками министерств, аппарата ЦК партии и Совета Министров, а также со многими молодыми людьми, приглашенными на работу в ЦК партии и Совмин. В последующем мне

многие вопросы приходилось решать со знакомыми по гостинице: в этом была положительная сторона номенклатуры.

Побывав на всех клинических базах института, побеседовав с главными врачами о возможных вариантах улучшения работы отделений и предоставлении научным работникам рабочих мест, а также познакомившись с условиями работы научных сотрудников смежных институтов, я убедился, что условия работы и организация научных исследований у нас в институте гораздо хуже, чем в других институтах. Об этом был мой очередной разговор с министром В.Д.Братусем. Он предложил В.М.Козлюку, начальнику Главного лечебного управления Минздрава Украины, просмотреть клинические учреждения Киева, где можно развернуть дополнительно урологические отделения.

В результате совместной работы с В.М.Козлюком мы выяснили, что нам могут передать урологическое отделение 8-й больницы на Севастопольской площади, урологическое отделение 7-й больницы на Соломенке, которое должно было войти в строй в начале 1970 года, уротуберкулезное отделение в 19-й городской туберкулезной больнице в Мостищах, а также урологическое отделение Киевской областной больницы, которое не является базой институтов. До перерыва на обед такое письмо было написано. Требовались визы заведующего Киевским облздравом В.Т.Герасимова и завгорздравотделом В.Ф.Алексеева. После обеда я поехал к В.Т.Герасимову. Он завизировал документ Минздрава, позвонил в горздравотдел В.Ф.Алексееву и предложил сделать то же. В 4 часа я вернулся в Минздрав с двумя необходимыми визами на документе, который был основанием для приказа министра.

В лечебном отделе Минздрава удивились, что за 3 часа можно было проверить работу, на которую обычно уходит не менее 7—10 дней.

Министерские работники решили не сбавлять темп — к концу рабочего дня 31 августа 1969 года выдали мне на руки копию приказа о клинических базах института за подписью министра В.Д.Братуся.

Первым на новую базу в 8-ую городскую больницу переехал Ю.Г.Единый из Октябрьской больницы. Не только мне, но и другим показалось, что Ю.Г.Единый особой радости не проявил. Зато несказанно рад был С.Д.Голигорский — он избавился от отдела мочекаменной болезни Института урологии и стал хозяином урологического отделения в городской больнице № 14.

Другие базы мы заселили позже.

Как-то одним сентябрьским утром звонит мне Василий Дмитриевич Братусь и предупреждает, что к нам в институт выехала специаль-

ная комиссия во главе с секретарем ЦК КПУ Н.Д.Овчаренко, которая подыскивает помещение для будущего института А.А.Шалимова. «Они положили глаз на строящийся урологический корпус вашего института. Позвони А.А.Титаренко, пусть он тебе посодействует».

Немного истории. Киев обеднел на маститых хирургов. Н.И.Ищенко на пенсии, болеет, М.И.Коломийченко далеко за 70, не оперирует. И.И.Кальченко занимается преподаванием хирургии и курирует журнал «Клиническая хирургия», Д.Ф.Скрипниченко — опытный хирург, но чем-то не устраивает 4-ое управление Министерства здравоохранения Украины. Н.М.Амосов посвятил себя кардиохирургии, Ю.Т.Авилова — пульмонологии. В Киев приглашены хирурги М.М.Ковалев, И.М.Матяшин, Комаровский из Тернополя и Вера Сергеевна Рогачева из Томска.

Но чаще других для выполнения сложных операции в 4-ое Главное управление Минздрава Украины приглашали Шалимова. А.А.Шалимов сетовал: «Надоело проводить ночи в поезде — то на консультацию, то на операцию». Он сказал об этом как-то П.Ю.Шелесту, первому секретарю ЦК Компартии Украины. П.Ю.Шелест предложил ему переехать в Киев. А.А.Шалимов поставил условия: в Киеве должен быть организован Институт клинической и экспериментальной хирургии, а также он должен заведовать кафедрой в Институте усовершенствования врачей. Условия А.А.Шалимова приняли и стали подыскивать место для института. Начали осматривать строящиеся здания. Об этом меня и предупредил В.Д.Братусь.

Я позвонил А.А.Титаренко. Он мне говорит: «...в этом деле я тебе не помощник. Выкручивайся сам». Потом мне объяснили, что, если дело ведет «Первый», все другие не вмешиваются.

Вскоре приезжают Н.Д.Овчаренко, А.Н.Зелинский, А.А.Шалимов и В.М.Козлюк. Все мы от ул.Чкалова, 65 пешком пошли по направлению к вновь строящемуся зданию, это недалеко. Получилось так, что мы с Н.Д.Овчаренко отстали от остальных, поэтому мне удалось поговорить с ним без помех.

Я ему рассказал о критическом состоянии урологических клиник в городе, о том, что в Союзе существует один очень маленький (на 100 коек) Институт урологии в Тбилиси. Кафедры урологии в Украине существуют только в трех институтах усовершенствования врачей и Киевском медицинском институте. Урологическая заболеваемость высокая (я к тому времени познакомился с работой Л.П.Павловой, посвященной уровню и структуре урологической заболеваемости в республике). Помнил цифры, сослался на них, поэтому мои доводы были убедительными.

Строящийся корпус выглядел не очень хорошо: зажат между жилыми зданиями и Больницей водников. Позади него гора, на которой расположена обсерватория Киевского университета. Расширение в сторону обсерватории невозможно: нет перспективы развития института. К тому времени были выстроены только 5 этажей. Кроме того, была одна конструктивная особенность: почти треть здания занимало онкологическое отделение с лабораторией лучевой терапии, все это пришлось бы переделывать, если передавать здание институту А.А.Шалимова.

В конце осмотра Н.Д.Овчаренко сказал:

— Для такого института, как планирует академик А.А.Шалимов, это здание и территория не подходят. Да и строительству конца не видно. Лучше специально спроектировать и интенсивно построить новое здание для Института клинической и экспериментальной хирургии.

С ним все согласились. Комиссия уехала. Нас оставили в покое. Не знаю, сыграла ли роль моя беседа с Н.Д.Овчаренко, но думаю, что сыграла, но частично. А.А.Шалимову нужно было здание в 2—3 раза больше.

Полученные четыре клиники в районных больницах Киева и областной больнице, а также поликлиника в помещении лабораторного корпуса института на ул. Чкалова, 65 не могли обеспечить решение научных, а главное — практических задач, стоящих перед институтом.

В то время в стране существовала районированная организация здравоохранения и оказания медицинской помощи. Это касалось и Киева. Научно-исследовательские институты не входили в эту систему. Сотрудничество с органами здравоохранения не всегда устраивало институт. Научные сотрудники, консультируя больных в поликлинике института, испытывали трудности в госпитализации тематических больных в урологических отделениях, на базе которых располагались клиники института. Администрация больниц под разными предлогами отказывала в госпитализации иногородним больным. Иногда больные в ожидании очереди снимали частные квартиры или несколько дней ночевали на вокзале. Это было настоящее «хождение по мукам».

Заведующий поликлиникой Ю.А.Абрамов рассказывал мне о сложностях госпитализации иногородних больных в клиники. Его звонки к администраторам больниц чаще всего заканчивались отказом. Больным при невозможности госпитализации в больницу консультанты негласно рекомендовали обращаться в приемную Минздрава Украины. Это помогало. Если из Министерства здравоохра-

нения больных направляли на консультацию в поликлинику института, заключение о диагнозе и необходимом лечении давали для министерства. Там заключение института переписывали на бланк министерства и направляли больного в соответствующую больницу Киева. Иначе больной в клинику на лечение попасть не мог.

Уже в то время в Киеве было достаточно опытных специалистов-урологов и нефрологов, но доступ к ним был ограничен административно-районированной системой. Это являлось поводом для многочисленных жалоб, рассмотрением которых непрерывно занимались работники Министерства здравоохранения и администрация института.

Новое строительство

Одной из первоочередных задач было строительство собственных клинических и лабораторных баз института, в которых сотрудники могли бы лечить как тематических, так и сложных больных, которым не представляется возможным оказать специализированную уронефрологическую помощь по месту жительства.

Для Института урологии строился урологический корпус. Начальник отдела капитального строительства Минздрава Украины Н.Г.Лазоренко познакомил меня с проектно-сметной документацией и дал некоторые пояснения. Урологический корпус был спроектирован в 1966 году. К моменту моего переезда в Киев в 1969 году проект устарел, поскольку перед институтом ставились новые задачи: развитие не только урологии, но и нефрологии, в частности программного гемодиализа и трансплантации почки.

В процессе строительства в 1970—1973 годах в проект пришлось вносить коррективы, против чего возражали проектанты и строители. Исправляли только самое необходимое.

В СССР существовали искусственные трудности, связанные с правилами строительства зданий, предназначенных для социальных нужд. Совет Министров Украины имел право утвердить строительство стоимостью не более 3 млн руб. Проекты всех зданий, стоимость строительства которых превышала эту сумму, утверждал Госстрой СССР. Утверждение затягивалось на годы, или строительство не разрешалось вовсе. Как мне сказали, строительство института не утвердили бы: раз нет Института урологии в Москве, Киев подождет.

П.Л.Шупик, тогдашний министр здравоохранения Украины, все это хорошо знал, поэтому институт проектировали в пределах разрешенной суммы. Строительство утвердил Совет Министров УССР. Однако за 3 млн руб. хороший корпус, который отвечал бы потребностям института, построить нельзя. Проект выглядел неплохо, а исполнение было неудовлетворительным, поскольку были заложены самые дешевые строительные материалы. Вследствие нерегулярного финансирования строительство института затянулось на годы.

В один из первых дней работы в должности директора института я посетил стройплощадку на ул. Ю. Коцюбинского, 9а. Были построены неполные 5 из 8 этажей. Здание небольшое, Г-образной формы, зажато между больницей водников, горой и ветхими дореволюционными зданиями. Ветхие здания по соседству — это хорошо. Есть куда развивать институтское строительство в будущем. Важно своевременно получить территорию.

В этом намерении я еще больше утвердился, когда от Н.Г.Лазоренко узнал, что Совет Министров УССР вынес постановление о строительстве лабораторного корпуса института на территории гаража издательства «Украина», которая примыкает к территории больницы водников. Гараж для издательства строится и переезд его — реальное дело, в чем я убедился, побывав на строительстве. Пора заниматься проектированием лабораторного корпуса.

Министр В.Д.Братусь поддержал мое предложение о начале проектирования лабораторного корпуса, чтобы к моменту освобождения гаража у нас был готов проект. На 1971 год нам был выделен лимит финансирования на проектно-изыскательские работы.

Строительство урологического корпуса продвигалось медленно. Сотрудники института помогали строителям как подсобные рабочие. Предполагалось сдать корпус в декабре 1972 года. С октября до середины декабря на строительстве было занято 400—500 человек, однако организованы работы были из рук вон плохо. Люди сидели без дела: то раствор не подвезли, то облицовочной плитки нет. Ввод корпуса в эксплуатацию в декабре 1972 года оказался невозможным.

И правда. Корпус строили еще в течение 3 кварталов следующего года. Деньги на строительство были почти израсходованы, материалы были очень низкого качества, особенно двери, оконные переплеты и полы.

В конце 1973 года корпус был принят в эксплуатацию. Сразу же начались наши беды. Зимней ночью на чердаке прорвало трубу горячей воды. Вода проникла в междуэтажные перекрытия, залила

5 верхних этажей и очень долго вытекала из полых железобетонных плит. Цементная подушка под линолеум на полу была сделана из некачественного материала, поэтому каталки, на которых возили больных, проделали в полах ложбины, начал рваться линолеумом. Ножки кроватей разрушали цементную подушку, трескался линолеум. Все это затрудняло содержание помещений в надлежащем порядке.

Здание оказалось холодным. Главный врач приглашал различных специалистов, которые в течение 3 лет не могли установить причину недостаточного поступления горячей воды в здание. Причина обнаружилась сама. Во дворе просела почва и горячая вода прорвалась наружу. Оказалось, что во время строительства сантехники не заварили стык между внешними и внутренними трубами горячей воды на глубине 5 м.

Восемь лет ушло на устранение недостатков некачественно построенного корпуса. Восемь лет мы и наши пациенты испытывали неудобства. Из бюджета было потрачено 1,5 млн руб., но уже по статье «капитальный ремонт», а не «капитальное строительство».

В урологическом корпусе разместились: клиники пластической и восстановительной урологии, нефрологии, сексопатологии, трансплантации почки с лабораторией гемодиализа, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, операционный блок; консультативная поликлиника, а также лаборатории: биохимии, морфологии с электронной микроскопией, рентгенкабинеты, радиологические кабинеты, клиническая лаборатория, конференц-зал с киноустановкой, аптека, хозяйская и дирекция института.

Всем было тесно, но все же гораздо удобнее по сравнению с тем, что было. В корпусе на ул.Чкалова, 65 остались лаборатории: микробиологии, электрофизиологии, иммунологии, андрологии, научно-организационный отдел и библиотека. В освободившихся помещениях Минздрав УССР разместил Республиканский дом санитарного просвещения, издательство «Здоров'я».

Ввод в эксплуатацию урологического корпуса способствовал улучшению качества научных исследований и решению лечебно-диагностических проблем. Однако оторванность лабораторий от клиник давала о себе знать, особенно в зимнее время.

На очереди было строительство лабораторного корпуса. Проект готов и утвержден в Главном архитектурном управлении Киева. Гараж издательства «Украина» освободил территорию.

Министр здравоохранения Украины предложил мне просить средства на строительство лабораторного корпуса у председателя

Совета Министров УССР А.П.Ляшко, намекнув на то, что я — клиницист и мне это удастся легче, чем директорам теоретических институтов.

С А.П.Ляшко я был знаком еще по Донецку. Александр Павлович встретил меня приветливо, сначала речь шла об общих знакомых, он сожалел, что так быстро ушли из жизни два видных донецких хирурга — К.Т.Овнатяня и Р.В.Богуславский. Подробно расспрашивал меня о принципе работы «искусственной почки», а также поинтересовался, как обстоят у нас дела с пересадкой почки.

Интересовался развитием урологической службы в Украине, свой интерес объяснил стремлением получать информацию из первых рук, от людей, непосредственно занимающихся проблемой.

После этого приступили к моему вопросу. Я показал Александру Павловичу копию Постановления Совета Министров УССР о строительстве лабораторного корпуса, сообщил, что территория под строительство свободна и что проект утвердило Главное архитектурное управление Киева.

Александр Павлович, изучив документы, план местности, привязанный к прилежащим улицам Воровского и Обсерваторной, а также прилегающую территорию института, дал добро на финансирование строительства из резервного фонда Совета Министров УССР.

Визит к А.П.Ляшко оказался успешным и приятным. Разговор с премьер-министром вдохновил меня на интенсивную работу.

Строительство началось. Вместо запланированных 26 месяцев строительство лабораторного корпуса растянулось на 42 месяца. Были заложены более качественные строительные материалы, корпус получился хороший.

Почти каждый день утром или вечером после работы я посещал стройку. Однажды смотрю, рабочие у торца корпуса кладут кирпичную стену непонятного назначения. Спрашиваю у прораба: «Что это будет?» Оказывается, делают три подпорных стенки, затем засыплют землей и увеличат площадку вокруг здания на 140 кв.м.

— А гараж может получиться, если не засыпать землей? — спрашиваю у прораба.

— Может, только вместо одной стенки, выходящей во двор, нужно сделать ворота и крышу.

— Что нужно сделать, чтобы на этом месте построить гараж? Ведь машины института стоят под открытым небом летом и зимой.

— Внести изменения в проект, — отвечает прораб.

— По чьему предложению?

— Виктор Степанович, возьмите чертеж, пойдите в Гипроздрав и договоритесь. Пусть они внесут изменения в проект. Я вас поддержу, это избавит стройку от завоза земли, что удешевит строительство. Трудности будут с мостовыми перекрытиями. У нас их нет, но они есть у мостостроителей. При желании можно достать. Мы поможем, посоветуем, к кому обратиться.

Я тут же поехал к Виктору Игнатьевичу — директору Гипроздрава. Он выслушал меня, посмотрел чертеж.

— Давайте лимит, в будущем году сделаем.

— В будущем году не годится, нарушится производственный процесс.

В этот момент меня легонько толкнул архитектор Гасинский, который слушал мой разговор с директором Гипроздрава, и глазами показал на дверь.

Я закончил разговор с директором Гипроздрава, простился и вышел из кабинета. Вслед за мною вышел Гасинский. Он предложил мне сделать проект гаража за неделю с оплатой наличными — 400 руб. Он участвовал в разработке проекта лабораторного корпуса и сразу понял мою идею. Я пообещал эти деньги, 400 руб., но в рассрочку. Мы вместе поехали на стройплощадку. Он тут же договорился с прорабом, что надо делать. Строители продолжали кладку стен с учетом того, что здесь будет гараж. Через неделю был представлен чертеж. На тех же площадях был построен гараж на 8 автомобилей.

Предполагалось к концу 1977 года полностью закончить строительство лабораторного корпуса и с нового года ввести его в эксплуатацию.

Примерно за месяц до годовщины Октябрьской революции меня приглашает первый секретарь Шевченковского райкома Компартии Украины Виктор Семенович Западня. Вначале разговор шел о работе института. Я понимал, что это не главное, ради чего он меня пригласил. Наконец, он спрашивает: как я смотрю на то, чтобы лабораторный корпус принять к 60-летию Октября? Я понял, райкому надо рапортовать вышестоящим партийным органам. Когда секретарь райкома просит — это, считай, приказ. Поэтому я не отказывался, но доложил ему о состоянии строительства. Он и сам знал о стройке из других источников. Договорились, что общими усилиями поднажмем на строителей и сделаем все возможное для ввода лабораторного корпуса в эксплуатацию к празднику.

Главный инженер подтвердил, что работы еще много, плюс наружное благоустройство, но основное сделано: вода, электричество и канализация подключены, полным ходом идут отделочные работы, их много, но и месяц сроку еще впереди.

В.С. Западня поднажал на строителей, которые тоже должны были рапортовать... Интересы совпали. Строители перешли на двухсменный график работы, увеличили количество отделочников. За неделю до праздников Государственная комиссия приняла лабораторный корпус. Неделок было много, но они были устранены до Нового года. После подписания акта Госкомиссии я пригласил строителей на банкет в ресторан «Метро», потратив на это свою премию. Я сделал это с радостью, поскольку у нас сложились хорошие взаимоотношения с проектировщиками и строителями. Они часто шли нам на встречу в ходе строительства. Один гараж чего стоит. Кроме того, нам предстояло построить нефрологический корпус. Строители обещали многое сделать в будущем, и в значительной мере выполнили свои обещания.

В середине ноября были закончены плановые и переходные научно-исследовательские работы. Теперь можно было заняться уборкой в лабораторном корпусе. На профсоюзном собрании сотрудников лабораторного корпуса было принято решение всем без исключения в течение 7—10 дней принять участие в генеральной уборке корпуса. Каждый должен был привести в порядок свое рабочее место и часть площадей общего пользования — туалеты, коридоры, лестничные клетки. С первой частью работы сотрудники справились хорошо и быстро, вторую часть тянули, но через две недели корпус выглядел великолепно.

В лабораторном корпусе разместились лаборатории электрофизиологии, биохимии, морфологии, иммунологии, микробиологии, радиоизотопной диагностики, научно-организационный отдел с библиотекой, группой информации и патентоведения.

Администрация института вместе с партийной и профсоюзной организациями приняла решение сдать сотрудникам кабинеты, лаборатории и подсобные помещения под расписку о сохранном содержании рабочих мест. Это оказалось очень хорошим экспериментом — корпус всегда был в хорошем состоянии.

После приведения лабораторного корпуса в порядок и установления оборудования, фотограф института сделал фотоальбом всех лабораторий. Этот альбом я передал А.П. Ляшко со словами благодарности за помощь в развитии материальной базы института, чтобы он мог убедиться: корпус построен, и лаборатории действуют. Выделенные деньги пошли на пользу людям. Не скрою: это ему очень понравилось. Просмотр альбома он комментировал: «Иногда даешь деньги, а куда они деваются? ... Как в песок...»

6 сентября 1982 года институт получил решение Киевского горисполкома о выделении нам 0,2 га земли для строительства нефрологического корпуса. Это решение оказалось как нельзя более своевременным, поскольку Шевченковский райисполком, не согласовав с городскими властями, передал этот участок земли издательству «Радянська школа» под спортплощадку. На территории, примыкающей к урологическому корпусу, стояло два ветхих здания, в которых проживало 12 семей (26 человек). Выселение жильцов и снос зданий — очень сложное дело. В районе и в городе понимали, что центр столицы пора очищать от таких строений, а освободившиеся территории необходимо застраивать современными зданиями. Это мнение я высказал на Пленуме горкома Компартии Украины и получил поддержку председателя Киевского горисполкома Валентина Арсентьевича Згурского, которого хорошо знал и успешно оперировал. Я понял, что в начинающемся строительстве нефрологического корпуса мы с ним союзники.

Своими планами о строительстве нефрологического корпуса я поделился с С.В. Голубевым, заместителем председателя Госплана Украины по строительству. Идею строительства он поддержал и обещал помочь. Посоветовал вместо «нефрологический корпус» во всех документах писать «пристройка» к урологическому корпусу: ведь новое строительство обязательно вызовет сложности при планировании, а пристройка — и есть пристройка. Потом я не один раз вспоминал мудрый совет С.В. Голубева. Как он мне помог!

Я написал письмо В.А. Згурскому об отселении жильцов и сносе ветхих строений, на месте которых будет возведена пристройка к урологическому корпусу. В пристройке разместятся отделение пересадки почек с лабораторией программного гемодиализа и нефрологическое отделение. К письму я приложил схему местности между улицами Ю. Коцюбинского и Обсерваторной. Валентин Арсентьевич прочел письмо и подписал. Следующий визит — к А.П. Ляшко за разрешением строительства и выделения средств из резервного фонда Совета министров УССР.

Как и в предыдущий раз, Александр Павлович принял меня очень хорошо. Подробно интересовался состоянием дел в урологической службе, работой института.

Я изложил свою просьбу, показал ему схему территории института, фотографии ветхих зданий и решение горисполкома о выделении земельного участка институту и об отселении жильцов. Александр Павлович подписал письмо, разрешающее строительство. На мое заявление он наложил резолюцию, позвонил заместителю

председателя Совета Министров УССР Павлу Евменовичу Есипенко и попросил оказать помощь Институту урологии в строительстве.

В процессе строительства «пристройки к урологическому корпусу» помощь Павла Евменовича была очень существенна.

Своевременную помощь в проектировании «пристройки» оказал министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко, обеспечив нас лимитом на проектирование и финансированием проектно-исследовательских работ.

Площадка под нефрологический корпус оказалась неудобной для строительства: в центре города, среди ветхих домов, с обилием старых канализационных и водопроводных сетей, которые ни в каких картах города не значились. Рядом была размещена тяговая подстанция трамвайно-троллейбусного управления. А в довершение — стройплощадка оказалась на косогоре и, как потом выяснилось, под ней были грунтовые пливуны. Учитывая плотность застройки вокруг института, я решил использовать каждый квадратный метр территории для строительства служб. К строительству «пристройки» я привязал строительство двух скрытых под землей складских помещений. На стадии проектирования все шло более или менее благополучно. Архитекторы регулярно советовались со строителями при решении наиболее важных вопросов проектирования. Сложности возникли при передаче документов строителям. У строителей возникли сомнения относительно предложенного проекта котлована и выполнения нулевого цикла здания.

Дело дошло до эксперта в Госстрое УССР. Эксперт В.А.Курьято изучил проект Гипроздора, выслушал строителей и архитекторов. Ничего не комментировал. Дал срок 1 месяц для конкретных предложений. После заседания у эксперта я пошел на прием к управляющему 4-м строительным трестом Киевгорстроя Гордийчуку. Изложил ему ситуацию, сложившуюся после повторной экспертизы, я сказал, что средства на «пристройку» к урологическому корпусу выделены из резерва Совета Министров УССР.

— Александр Павлович Ляшко уже дважды интересовался, как идет проектирование. И будет интересоваться, как идет строительство. Что мы ему скажем, если начало строительных работ будет необоснованно затянуто? Виноваты мы будем оба, поэтому лучше всего, если вы все, что связано с пересмотром проекта нулевого цикла, возьмете под свой контроль.

Управляющий обещал разобраться в сложившихся противоречиях между архитекторами и своими подчиненными.

Через месяц предложения от строителей Госстрою не поступило. Эксперт В.А.Курьято заключил: «Есть один проект института, предложенный Гипроздравом, архитектурно и технически обоснованный, подобный метод рытья котлованов и строительства нулевого цикла применяется в практике Киева. Строители альтернативного проекта не представили, поэтому будем работать по проекту, представленному Гипроздравом».

Последнее препятствие к началу строительства было преодолено. Начались работы. Для нулевого цикла требовалось провести большие подземные работы, связанные с водоснабжением и канализацией. Пришлось перекаладывать все подземные трассы на ул. Ю.Кочубинского от ул.Гоголевской до Обсерваторной. Не лучше шли работы внутри здания: рабочие играли в карты, домино, женщины вязали. На мой вопрос: почему они после обеда не работают, ответ был таков — сколько бы мы ни сделали, больше 7—10 рублей в день нам не запишут. Дневные задания мы выполняем до обеда. Зачем же мы будем работать после обеда, бесплатно. Прораб Кора подтвердил заявления рабочих. Он и сам находился в таком положении.

В летнее время в 17 часов сторож запирает ворота. Строители разъезжались на индивидуальные, большей частью — дачные стройки, потому что на те деньги, что им платил трест, прожить было трудно.

Особенностью этой стройки было то, что все труднее и труднее приходилось добывать материалы, которыми должно было обеспечивать Министерство здравоохранения Украины. Спасибо Павлу Евменовичу Есипенко, слово свое сдержал. Выделил достаточное количество профильного алюминия, отечественного и кубинского мрамора, гранита черного и розового, а также плиты из мраморной брехчи. Этот корпус оказался сделанным добротно.

Операционные, залы гемодиализа, предоперационные и послеоперационные палаты облицованы розовым кубинским мрамором. Это не излишество, а обеспечение стерильности, что очень важно для больных с искусственно подавляемым иммунитетом.

Палаты только на 2 койки.

Была учтена тяжелая психологическая нагрузка на персонал лаборатории гемодиализа и отделения пересадки почки. Поэтому для каждого научного сотрудника был предусмотрен отдельный кабинет со всеми удобствами.

Для сестер и санитарок также выделены специальные помещения для работы и отдыха. Иначе говоря, были созданы максимальные удобства (по тому времени) для больных и персонала. Это было первое в СССР здание, построенное специально для отделения трансплантации почек.

В начале 80-х годов начались перебои в финансировании научно-исследовательских институтов. Значительно ухудшилось снабжение аппаратурой, особенно импортной. Строительство нефрологического корпуса подходило к концу. Аппаратуру достать было невозможно. Особенно трудно было с приобретением аппаратов искусственной почки. Наконец, нам сообщили, что для нас закупили их в США. Однако мы их не получили, а позже узнали, что их везли на теплоходе «Комсомолец», который утонул в водах Атлантики. После этого нам никто ничего не обещал. Подобное описал выдающийся советский хирург, профессор С.С.Юдин в своих воспоминаниях. Рентгеновский аппарат, купленный для них в Германии, утонул в немецком море вместе с пароходом «Кронос». К счастью, аппарат был застрахован, перезаказан и получен профессором С.С.Юдиным. С нами же поступили нечестно. Страховку за утонувшее оборудование получили, но аппаратов для нас вновь не заказали.

Я неоднократно обращался к министру здравоохранения Украины А.Е.Романенко. В конце концов он предложил нам с ним вместе поехать к министру здравоохранения СССР Б.В.Петровскому.

Вскоре А.Е.Романенко раздумал ехать к Б.В.Петровскому по этому вопросу и предложил поехать мне одному, сославшись на то, что Б.В.Петровский меня знает — ведь он был в институте и институт ему понравился.

Написав соответствующее письмо, на имя Б.В.Петровского, я отправился в Москву. Для нового нефрологического корпуса мы просили аппараты «искусственная почка», «Дизу», УЗИ и современную радиоизотопную установку, которые в Украине было невозможно приобрести.

Борис Васильевич принял меня как знакомого, поинтересовался делами в институте. Тут я положил на стол письмо.

— Много просишь.

— Борис Васильевич, дайте, что можете. Ведь у нас, кроме стен и кроватей, в нефрологическом корпусе ничего нет. Американскому аппарату «искусственной почки» 15 лет. Он выработал свой ресурс.

— У нас в Москве тоже большая потребность в этой аппаратуре. Н.А.Лопаткин строится, ему нужна такая же аппаратура. Сначала нужно обеспечить Москву, а затем уже...

Разговор принимал тупиковый характер... Он молчит. Я молчу, но не ухожу — раз молчит, значит думает, как помочь.

Звонит помощнику:

— К Вам сейчас зайдет директор Института урологии из Киева. Помогите ему.

На моем письме никакой резолюции не написал. Видимо, это сигнал для помощника закончить дело пустыми обещаниями. Так оно и получилось.

В СССР мы все были равны, но те, кто живет в Москве, «равнее», поэтому вначале нужно обеспечить Москву. Я не хочу сказать, что в Киеве лучше обстоит дело. Кто живет в Киеве — «равнее» тех, кто живет в областях. Даже если есть рубли, приобрести аппаратуру сложно. Нужна валюта первой категории.

До ввода нефрологического корпуса в строй оставались считанные месяцы. 29 января 1986 года А.Е.Романенко написал письмо председателю Совета Министров УССР А.П.Ляшко о выделении 70 000 инвалютных рублей для приобретения Институту урологии и нефрологии аппарата УРО-КОЛОП-ВИДЕО-СИСТЕМ 2100 фирмы «Дантек» (Дания). Он написал, что этот аппарат необходим для улучшения качества диагностики и лечения урологических больных, что аппарат получен институтом от фирмы для апробации, установлен ее сотрудниками и применяется с декабря 1985 года, что указанный электрофизиологический аппарат и его аналоги медицинской промышленностью нашей страны не выпускаются.

На это письмо из Совета Министров УССР ответа не последовало.

Необычна судьба аппарата. Представители фирмы, убедившись, что денег за него от нас не получить, выбросили его из окна 5-го этажа лабораторного корпуса. Аппарат разбился, металлолом погрузили в машину и увезли. Нам объяснили: в Союзе продать аппарат не удалось, везти домой — невыгодно.

В новый корпус пришлось въезжать со старой аппаратурой, «искусственные почки» работали благодаря энтузиазму нашего техника Константина Павловича. 6 марта 1987 года я как председатель Государственной комиссии принял корпус в эксплуатацию.

Сотрудники нефрологического корпуса часто напоминают, что благодаря мне для них были созданы хорошие условия труда. Не скрою, мне приятно. Значит, не зря трудился, раз люди помнят и ценят.

Идея создания детского уронефрологического отделения в институте занимала меня с первых дней работы в Киеве. Условия для этого создались в 1974 году, когда А.В.Терещенко защитил докторскую диссертацию. К этому времени удалось сформировать хороший коллектив детских урологов и нефрологов: И.Г.Ситницкая, Г.В.Багдасарова, Д.А.Сеймивский, Г.В.Ильин, Лупало, В.Ф.Петербургский.

Помещение, которое выделил горздравотдел в 7-й детской больнице для детской уронефрологической клиники, не выдерживало никакой критики. Я надеялся либо каким-то образом улучшить условия отделения в больнице, либо перевести его на другую базу.

Ни то, ни другое мне не удалось. Однажды, придя с работы, я взял газету «Прапор комунізму». В ней была статья корреспондента П.Позняка, посвященная Киеву и его ветхим домам. В качестве иллюстрации в статье был помещен снимок ветхих деревянных домов дореволюционной постройки на углу улицы Обсерваторной и Обсерваторного переулка, как раз граничившей с лабораторным корпусом института. Статья заканчивалась словами: «Эта территория ждет своего хозяина».

Меня осенило: почему институт урологии не может стать этим хозяином? На этой территории можно построить детский уронефрологический корпус.

На следующий день я был у министра здравоохранения Украины А.Е.Романенко. Показал ему газету со статьей и добавил, что хочу быть этим хозяином.

Министр идею поддержал. Внес некоторые исправления в проект письма от имени Минздрава Украины председателю Киевского горисполкома В.А.Згурскому, в котором обосновывалась просьба о выделении упомянутой территории для строительства детского уронефрологического отделения института. Сложность заключалась в том, что в этих домах проживали 8 семей, которые в Шевченковском районе некуда было отселить.

С письмом министра я посетил мэра города, который обещал разобраться и решить вопрос в пользу института.

Каково же было мое удивление, когда на письмо министра здравоохранения Украины Киевский горисполком ответил отказом.

Выяснилось, что в процессе обсуждения на заседании горисполкома заведующий торговым отделом В.С.Тимофеев не соглашался на снос старого мебельного магазина, который приносил хорошую прибыль. В крайнем случае он требовал компенсацию в 500 000 руб. для строительства нового магазина. Таких денег у нас не оказалось. Поэтому было принято решение нам отказать.

Пришлось повторно просить мэра о приеме. Валентин Арсентьевич, прочитав еще раз письмо министра, а также решение горисполкома, ничего мне объяснить не смог (он не знал, что причиной отказа был мебельный магазин).

Я постарался объяснить, что, разрешив нам строительство уронефрологического отделения, город избавляется от ветхого жилья. На этом месте будет построен современный корпус. Город не вкладывает в строительство ни одной копейки. Финансирование строительства осуществляет Минздрав Украины. В то же время Киев будет использовать 40% коежного фонда для нужд города.

В.А.Згурский понимал целесообразность наших предложений. Посоветовал повторно написать письмо о выделении указанного земельного участка под строительство детского уронефрологического корпуса.

4 июня 1984 года мы получили решение Киевского горисполкома о разрешении строительства детского уронефрологического корпуса на упомянутой территории.

Во исполнение решения горисполкома мы написали письмо в Совет Министров УССР о получении разрешения на индивидуальный проект. С этим письмом я пошел на прием к заместителю председателя Совета Министров УССР Марии Андреевне Орлик (удивительно доброжелательная женщина, с ней всегда было приятно решать все вопросы). М.А.Орлик ознакомилась с решением горисполкома, изучила фотографии зданий, подлежащих сносу, и дала ход письму, о чем уведомила 23 июля 1984 года. 30 июня 1984 года был получен ответ от заместителя председателя Госплана Л.Я.Корниенко, в котором значилось: «Указанная клиника является лечебным учреждением, как и другие больницы, предназначена для непосредственного обслуживания населения, в связи с чем строительство ее возражений не вызывает».

Архитекторы никак не могли разместить на отведенной территории площадью 0,2 га наш корпус. Не решается архитектурная часть застройки города. Вновь строящиеся здания находятся в глубине, на первом плане располагаются дореволюционные хибары. Архитекторы Гипроздора неоднократно консультировались со специалистами Главного архитектурного управления города, ничего не получается. На выделенной территории корпус возвести не удается.

Меня пригласил заместитель главного архитектора города Виктор Григорьевич Дубок, подсказал, что Минздрав Украины должен обратиться с обоснованным письмом в Киевский горисполком, с просьбой увеличить земельный участок за счет сноса старых строений для строительства детского уронефрологического корпуса. Главное архитектурное управление города поддержит ходатайство при решении вопроса в Киевском горисполкоме. Он же сказал, что районные власти в лице районного архитектора также будут поддерживать ходатайство Минздрава УССР. Такое письмо было направлено.

Горисполком не сразу решил наш вопрос. Шла борьба за мебельный магазин, за земельные участки под домами №1, 3 и 7 по улице Обсерваторной. Больше всех сопротивлялись жилищно-коммунальные службы Шевченковского района: им некуда было переселить жильцов из ветхих зданий. Используя момент, они добивались выделения жилья за счет фонда города.

Только через полгода Киевский горисполком прислал нам документ, позволивший полностью решить земельную проблему для строительства института. Нам выделили земельный участок даже большей площади, чем мы просили, что было связано с техническими условиями и подъездом транспорта к строящемуся корпусу.

Проектирование корпуса не прекращалось, хотя в проект были внесены дополнения в связи с увеличением земельного участка под строительство. Поскольку строительные материалы подорожали, общая смета была увеличена с 3 до 4 млн руб. Руководителю проекта архитектору В.А.Буряку пришлось дополнительно согласовывать со службами города новые условия освоения выделенной территории. В частности, изменение направления Обсерваторного переулка: ранее он выходил на Обсерваторную улицу, теперь — на ул.Воровского против Чеховского переулка.

У нас появилась дополнительная территория, а лимит финансов, выделенный на строительство, позволял построить некоторые хозяйственные службы. Обсудив это с автором проекта В.А.Буряком, заместителем главного архитектора города В.Г.Дубком и главным врачом В.И.Пшегорницким, мы дополнительно включили в проект строительство пищеблока, прачечной и складских помещений. Все строительство не выходило за рамки суммы, которая была утверждена Советом Министров Украины.

Вся документация была в порядке, визы всех задействованных служб Киевского горисполкома были получены. В середине февраля 1985 года главный архитектор проекта В.А.Буряк докладывал законченный проект на архитектурном совете главного архитектурно-планировочного управления г. Киева.

Оппоненты и члены архитектурного совета дали положительную оценку проекту, размещению палат, лабораторий и других помещений, подчеркнули удачное расположение здания на местности, рациональное использование земельного участка. Детский уронефрологический корпус завершает архитектурную композицию небольшой площади, образованной улицами Воровского и Обсерваторной. Замечания касались архитектурного оформления фасада, поскольку здание является основным архитектурным объектом на площади и хорошо просматривается со стороны ул.Воровского и Чехова.

Архитектурный совет утвердил представленный проект детского уронефрологического корпуса и рекомендовал его к строительству. Автору проекта В.А.Буряку рекомендовано учесть замечания оппонентов при доработке фасада здания.

На заседании архитектурного совета мне задали вопрос:

— Как в последующем институт планирует использовать земельный участок под домом № 7 по ул. Обсерваторной? Сейчас, после сноса дома, территория будет использована в качестве дороги, ведущей к стройплощадке.

— Указанная территория, — ответил я, — будет использована под строительство консультативной поликлиники и небольшого пансионата для иногородних больных.

— А места хватит? — последовал вопрос председателя.

— По моему мнению, если площадь предполагаемой поликлиники будет примерно такой, как дома № 7, а этажность увеличится до 5, как рядом стоящего дома, места хватит.

Возражений не последовало. Я добавил:

— Эта территория удобна для строительства консультативной поликлиники и пансионата на 10—12 коек. Отсюда недалеко до трамвая № 2, идущего на вокзал, троллейбусов № 16, 18, а в перспективе тут будет построена станция метро.

Со мною согласились члены архитектурно-планировочного управления г.Киева и одобрили такое использование земельного участка под домом № 7.

Предполагаемое строительство детского уронефрологического корпуса в IV квартале 1987 года не началось. Экономический кризис превратил строительство в долгострой.

В процессе строительства клинических и экспериментальных корпусов институт с невероятными усилиями приобрел современную аппаратуру для реанимационного отделения, аппараты для наркоза, рентгенологическое кресло фирмы «Siemens», три рентгенаппарата с телевидением, аппарат для исследования почек с компьютером, полный комплект радиоизотопной аппаратуры венгерского производства, электронные микроскопы, аппараты для изучения химического состава камней почек. Электромиографическая аппаратура была частично куплена, частично создана сотрудниками. Были дооснащены микробиологическая, биохимическая, андрологическая и клиническая лаборатории и поликлиника института.

Конференц-зал был оборудован двумя киноаппаратами и эпидиаскопами, что обеспечило хорошие условия для проведения научных конференций.

Но без сбоев не обошлось. Библиотека пополнялась лишь отечественной литературой, на иностранную валюта не выделялась. Не удалось приобрести аппарат «Дизу» для урофлоуметрических исследований. Для этой цели сотрудники создали собственные аппараты,

на которые получили авторские свидетельства и патенты. Плохо было с аппаратом «искусственной почки», их доставали с большим трудом.

Нехорошо получилось с гамма-камерой производства Киевского завода. Заводские мастера так и не смогли довести ее до рабочего состояния. Я хотел передать дело в арбитражный суд. В Министерстве здравоохранения Украины отсоветовали. Если завод вернет деньги, он станет банкротом и не сможет выпускать другую продукцию, нужную здравоохранению.

К середине 70-х годов институт был достаточно хорошо, по тому времени, оснащен для проведения научных исследований на современном уровне.

С первого года работы в институте я все время что-то строил. Приходилось следить за движением наших бумаг в Совете Министров Украины, Киевском горисполкоме, Минздраве Украины, проектном институте, строительных трестах, службах города и своевременно принимать необходимые меры.

Средства на строительство института мне удавалось получать из резервного фонда Совета Министров Украины. Однако недостаточно было попасть в «финансовую строчку» бюджета, нужно было проследить, чтобы строчку не ликвидировали или не забыли о ней. Приходилось контролировать движение денег на счета строительных трестов и контор, обеспечивавших нас оборудованием.

Хоть и с трудностями, но институт строился и активно влиял на развитие урологии и нефрологии.

Поездка в Институт урологии Грузии

Я интенсивно изучал литературу по урологии и трансплантологии. В плане организации научных исследований в институте я считал целесообразным познакомиться с опытом работы первого Института урологии в Союзе, который создал академик А.П.Цулукидзе в Тбилиси в 1956 году. Министр здравоохранения Украины В.Д.Брагусь санкционировал такую поездку.

Во время работы I съезда грузинских урологов в Тбилиси в 1958 году я посещал Институт урологии. Тогда мы «шумною толпою» прошли по бедным лабораториям вновь организованного института. Помнится, грузинские урологи разрабатывали кубинский метод цистопластики, суть которого состояла в удалении мочевого пузыря, разрушенного раковой опухолью, дренировании мочеточников и за-

полнении полости малого таза устройством, напоминавшим катетер Фолея, с баллоном большой емкости (до 250—300 мл). Концы катетеров мочеточников по мочеиспускательному каналу выводили наружу. Предполагалось, что через некоторое время вокруг пластмассового баллона образуется соединительнотканый каркас, в который будут открываться отверстия мочеточников. Метод оказался неудачным, соединительнотканый каркас сморщивался, рубцевался, мочеиспускание не восстанавливалось.

Созволившись с грузинскими коллегами, мы с Н.Ф.Кривошеевым отбыли в начале октября 1969 года в Тбилиси.

Принимали нас с грузинским гостеприимством. Директор института С.Я.Аршба сообщил, что основной научной темой является мочекаменная болезнь. Научные исследования проводятся не только в лабораториях и клиниках. Во всех районах Грузии ведутся эпидемиологические исследования мочекаменной болезни, причем иногда параллельно у людей и крупного рогатого скота.

Финансирование института недостаточное. Клинические базы расположены в больницах города. С лабораторным корпусом беда, нет средств для строительства.

— Исчерпав все возможности получить у государства деньги на строительство лабораторного корпуса и вивария, — говорит Сократ Яковлевич, — я вынужден был собрать всех работников института и заявить: «Хотите иметь рабочее место в институте, давайте строить его сами. Оденем спецовки, возьмем инструменты и будем строить институт своими силами и даже средствами».

Споров было много. Сотрудники не могли понять, почему заработную плату нужно вкладывать в стройку. Подумали, поспорили, поняли, что в Грузии не так много рабочих мест, чтобы терять место в институте. Согласились и приняли участие в строительстве. Некоторые сотрудники по состоянию здоровья не могли заниматься физическим трудом, они наняли рабочих за свой счет.

— И что же вы думаете, — говорит Сократ Яковлевич, — построили хорошее здание, а сейчас таким же способом заканчивается строительство вивария.

Небольшой штат института — всего 36 научных работников и лаборантов с высшим образованием — не дает им возможности заниматься научными вопросами урологии в широком плане. Основной научной темой у них была мочекаменная болезнь. Фундаментальные исследования на уровне клетки, нефрона, докаменных проявлений мочекаменной болезни они не проводили. Не было соответствующей аппаратуры. Это снижало уровень научных исследований.

Я попросил свозить меня на могилу А.П.Цулукидзе, замечательного человека и ученого. Возложив цветы, мы помолчали. Затем поделились воспоминаниями. После этого я прошелся по кладбищу и увидел множество могил, в основном молодых людей, похороненных в 1956 года, когда они протестовали против сношения памятника их великому земляку. В толпу грузин стреляли солдаты-среднеазиаты (их полк был расквартирован в Тбилиси). Грузины открыто говорили: разве после этого может быть грузино-среднеазиатская дружба?

Была культурная программа в пределах города.

В Тбилиси запомнился такой анекдотический случай. Капитолина Пантелеевна, жена Н.Ф.Кривошеева, в лавочке купила несколько мотков шерсти. Пришла в гостиницу, посчитала и оказалось, что продавец-грузин дал ей лишних три мотка шерсти. Капитолина Пантелеевна вернулась в лавку вернуть лишние мотки.

Сначала продавец сказал, что этого не может быть, не мог он себя обсчитать.

— Тогда посчитайте сами, — попросила Капитолина Пантелеевна. Положила перед ним мотки шерсти и сдачу со 100 рублей.

Продавец начал придиричливо проверять и убедился, что он обсчитался.

— Слушай, откуда ты такой честный приехал? — спросил он.

— Из Киева.

— Из Украины?

— Да, из Украины.

— Так украинцы — это же лучшие друзья Грузии. Возьми себе эту шерсть. Это мой тебе подарок. Смотри, какой честный! Первый раз вижу! Бери шерсть, вяжи на здоровье.

Тбилиси прекрасен осенью, особенно если у тебя в нем есть друзья. При этом я вспомнил, что со мною и Маргаритой случилось здесь 18 лет назад.

А.П.Цулукидзе, который был учителем Сократа Яковлевича Аршба, пригласил его возглавить Институт урологии, когда Сократ Яковлевич был председателем Верховного Совета Абхазии. Только через много лет я понял истинный смысл разговоров Сократа Яковлевича о сложности взаимоотношений между грузинами и абхазцами, которые он, абхазец, испытывал в Грузии. Уже тогда были противоречия, которые сразу после распада СССР привели к войне Абхазии с Грузией.

На приеме у министра здравоохранения Украины после возвращения из Грузии, когда мы закончили основной разговор, Василий Дмитриевич вдруг спросил о цели моего визита к профессору М.И.Коломийченко.

Такого вопроса я не ожидал, но понимал, что за ним что-то стоит. Не зря задал этот вопрос министр.

— Василий Дмитриевич, Михаила Исидоровича я знаю давно. Нас познакомил Каро Томасович Овнатаян, когда М.И.Коломийченко был в Донецке. У нас состоялась интересная беседа о кардиоспазме пищевода. У него в клинике Г.В.Зражва разрабатывал методы лечения этого заболевания путем дилатации. Я же овладел методом оперативного лечения кардиоспазма, предложенным Б.В.Петровским.

По приезде в г.Киев я считал необходимым нанести визит вежливости Михаилу Исидоровичу и познакомиться с методом дилатации кардиоспазма, который применялся в клинике.

Не знаю, удовлетворил ли мой ответ министра, но больше вопросов он не задавал и к этой теме никогда не возвращался.

В то время знакомые хирурги спрашивали, что заставило меня поменять хирургию на урологию, тем более, что в Киеве в то время не было условий для ее развития. Некоторые советовали принять участие в конкурсах на заведование кафедры хирургии, это вернее, чем институт, который находится в зачаточном состоянии. Возможно, такие разговоры дошли до Василия Дмитриевича.

Не исключено, что министр расценил мой визит к М.И.Коломийченко как изучение пути вернуться в хирургию и решил выяснить у меня. Но таких мыслей у меня не было. Я усиленно изучал варианты для своей научной «ниши» в урологии.

Прошло 2 месяца работы в институте.

В одной из бесед с В.Д.Братусем я повел речь о клинике для себя. Василий Дмитриевич тогда сказал: подожди пару месяцев, ознакомься с ситуацией в институте, войди в курс обязанностей директора. Клиника не уйдет от тебя. Не в наших интересах использовать опытного хирурга только на административной работе.

В то же время до меня начали доходить слухи, дескать, я не спешу возглавить клинику, поскольку я хирург, а не уролог, хотя решил возглавить Институт урологии, где работают такие маститые урологи, как О.В.Проскура, Ю.Г.Единый, С.Д.Голигорский. Тогда на эти слухи я не мог не реагировать. Поэтому говорил о клинике с министром.

Финансирование института

В первые месяцы работы меня очень беспокоило финансирование института. Минздрав Украины все время урезал финансирование по статье расходов на зарплату, что вынуждало сокращать шта-

ты, но необходимо было сохранить основное ядро научных сотрудников. Бухгалтер с заведующим отделом кадров буквально через день приходили со штатным расписанием и начинали на меня «давить». Вначале я к ним прислушивался, а потом понял, что-то не то. Когда они пришли в очередной раз, говорю: «...оставьте материалы и ваши предложения. Подумаю, изучу, а завтра вернемся к этому вопросу». Они пытались протестовать и доказывали невозможность отсрочки.

Я решил проконсультироваться с компетентными лицами в отделе кадров и планово-финансовом отделе Минздрава Украины. Мои сомнения и вопросы они поняли. Из беседы я установил: при современном состоянии финансирования институтов целесообразно часть средств резервировать в министерстве. В конце III — начале IV кварталов происходило перераспределение финансирования: уменьшали финансирование тем, у кого была экономия, и добавляли тем, у кого был разумный, объяснимый перерасход средств. В дальнейшем я узнал из годовых отчетов начальника планово-финансового отдела Минздрава Украины, что по Минздраву по статье «зарплата» бывают значительные суммы экономии. В IV квартале удовлетворяют все разумные просьбы. Поэтому с сокращением сотрудников не нужно торопиться. Сократить сотрудника легко. Найти и подготовить для работы в лабораториях и клиниках — сложно. Когда я понял обоснованное регулирование финансов Минздравом Украины, у меня упал камень с души. Впредь сокращение штата и переукомплектование лабораторий института проводили только с учетом интересов института и научных исследований с обязательным корректированием финансирования в конце года. Сотрудников перестали пугать угрозой увольнения из-за нехватки финансирования. Заведующему отделом кадров и главному бухгалтеру пришлось уволиться. Сотрудники одобрили мои действия, им надоело вечное запугивание сокращением.

Финансирование института не превышало 550 000 руб. Эти деньги выделялись на зарплату, хозяйственные нужды, канцелярские расходы, мелкую аппаратуру, стекло и т.д.

Ставки сотрудников института II категории были низкие: у препараторов 60 руб., лаборантов с высшим образованием — 70 руб., младших научных сотрудников — 82 руб., старших научных сотрудников без ученой степени — 120—130 руб., с ученой степенью — 140—160 руб., зав. лабораторией (отделением) — 430 руб., зам. директора по науке — 500 руб., директора — 550 руб.

Поэтому к нам не очень охотно шла молодежь. Если их что-либо и привлекало, так это возможность защиты кандидатской диссертации и научная карьера.

Для приобретения дорогостоящей аппаратуры Минздрав Украины выделял средства и оплачивал счета. За рубли сложно было купить что-то стоящее, включая импортные реактивы. Валюты первой категории Минздрав Украины фактически не имел.

Целый год мы были на «тощем» бюджете, однако регулярно, два раза в месяц получали зарплату, сбоев не было. Во всем остальном институт испытывал недостатки. Были резко ограничены средства на научные командировки. Еще более ухудшилось финансирование с началом войны в Афганистане.

В IV квартале, особенно в конце декабря, деньги часто давали, но в конце года уже нечего покупать: все бюджетные учреждения бросались в магазины, на базы. Покупали все: приемники, телевизоры, мебель, белье и т.д. Наши профсоюзные деятели приобрели в декабре 1968 года стационарный бильярд. Долго он стоял нераспакованным, негде было поставить, а когда распаковали, шары украли, сукно срезали. Лет через 5 его списали.

Открытие памятника А. А. Чайке

В конце рабочего дня раздается телефонный звонок.

— Виктор Степанович, вас беспокоит вдова профессора А.А.Чайки Наталья Петровна. Послезавтра на Байковом кладбище в 16 часов в день годовщины смерти Андроника Архиповича (1881—1968) состоится открытие памятника и гражданская панихида, я вас приглашаю принять в ней участие.

— Спасибо, Наталья Петровна. Непременно буду.

Об этом меня никто не предупредил заранее. Есть ли оргкомитет проведения гражданской панихиды. Позвонил в урологическую клинику медицинского института, которой длительное время заведовал А.А.Чайка, но уже никого не застал. Дежурный врач был не в курсе.

Впервые я увидел и услышал Андроника Архиповича Чайку летом 1945 года на конференции врачей 408-го госпиталя, когда после ранения находился в резерве лечебно-санитарного управления Киевского военного округа, который располагался на территории госпиталя.

Сведения об Андронике Архиповиче у меня были, но я считал, что их недостаточно. Обратился в библиотеку.

В библиотеке института никаких материалов об Андронике Архиповиче Чайке не нашли. В Большой Советской Энциклопедии о нем не упоминается, а ведь он основоположник украинской уроло-

гии, доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, участник Великой Отечественной войны.

Позвонил Ю.Г.Единому, у него оказались некоторые материалы о А.А.Чайке, но о готовящейся панихиде и открытии памятника он тоже не знал.

В Республиканской медицинской библиотеке получил основные труды А.А.Чайки. Составил небольшую справку об Андронике Архиповиче, блистательном человеке и выдающемся хирурге-урологе современности.

Я готовился к выступлению о родоначальнике украинской урологии, авторе многих научных работ, об учителе, который щедро делился знаниями со своими учениками. В голове сложился план выступления с датами, названиями фундаментальных работ, оригинальных операций.

На кладбище собралось несколько десятков человек и люди подходили еще. Поздоровался со знакомыми. Делимся воспоминаниями о покойном, говорим о его вкладе в урологическую науку, говорим, говорим, а время идет. Ловлю взгляды в мою сторону. Тут мне приходит в голову, что никто не берет инициативу в свои руки, поскольку мне, как директору института урологии, собравшиеся молча предоставляют право открыть траурную панихиду. Когда я это сообразил, обратился к рядом стоящим профессорам: «Пора начинать?». Все согласились и предложили мне открыть панихиду.

Спустилось покрывало с бюста на высоком постаменте. Я произнес речь. Выступили еще человек пять убеленных сединами профессоров, лично знавших А.А.Чайку. Люди начали медленно расходиться, по дороге вспоминая хорошими словами покойного. Наталия Петровна не производила впечатления пожилой или больной женщины, но через год, на 52 году жизни, она умерла. У нее хватило сил поставить памятник и прожить еще один год. Теперь они похоронены вместе на главной аллее Байкового кладбища за церковью.

Становление института

Заместитель директора института по научной работе профессор П.М.Федорченко во время нашего знакомства заявил, что он в институте работает до сдачи отчета по науке за 1969 год. Со следующего года перейдет работать вторым профессором на кафедру урологии Института усовершенствования врачей. Встал вопрос о его преемнике. Я решил на эту должность выдвинуть кого-либо из руководя-

щих сотрудников института, и остановился на кандидатуре профессора И.Ф.Юнды. Незадолго до этого он закончил докторскую диссертацию, посвященную раку яичка, хорошо ориентировался в андрологии. Это помогло ему сравнительно легко овладеть клинической сексопатологией и проблемами мужского бесплодия.

Человек он целеустремленный, настойчивый, жадный к работе. Успешно сочетал научную, лечебную и издательскую деятельность. Своих сотрудников держал под жестким контролем. Все, кто с ним активно работали, становились хорошими специалистами и защищали кандидатские и докторские диссертации.

С приходом в институт он очертил широкий круг взаимосвязанных научных исследований по андрологии, сексопатологии и мужскому бесплодию.

В период становления института у него были трения с коллегами и подчиненными, которые со временем разрешились в пользу дела и института. Становление Ивана Федоровича как ученого проходило в Научно-исследовательском институте рентгеноурологии и онкологии. Он хорошо знал вопросы планирования научных исследований, их прохождения в инстанциях. Будучи образованным человеком и авторитетным ученым, И.Ф.Юнда легко находил общий язык с сотрудниками смежных лабораторий.

С Михаилом Марковичем Ковалевым, председателем Ученого Совета Минздрава, мы еще раз обсудили несколько кандидатур наших докторов наук и остановились на И.Ф.Юнде.

Далее нужно было согласовать вопрос в райкоме Компартии Украины. Секретарь райкома Ю.И.Зарубин, выслушав наше мнение и изучив личное дело нашего кандидата, резюмировал: все хорошо, но он не член Компартии. Ю.И.Зарубин знал микроклимат в институте, поскольку райком партии неоднократно занимался разбором конфликтов, но не видел реальных кандидатур, которые он мог бы поддержать. Поэтому он дал добро на назначение И.Ф.Юнды заместителем директора института по научной работе.

В последующие несколько лет нам удалось всех научных сотрудников института перевести в русло урологии, нефрологии и сексопатологии. Была проведена значительная работа по подготовке кадров высшей квалификации. Аспиранты и диссертанты были под постоянным контролем, им были созданы условия для эффективной работы, поскольку мы понимали, что от их квалификации зависит успех и авторитет института. Именно в то время оформились докторанты, в последующем ставшие руководителями клиник и лабораторий института.

По инициативе И.Ф.Юнды в институте был создан Республиканский центр по мужскому бесплодию. По линии Центра ежегодно проводились республиканские конференции, издавались материалы, по которым готовили сексологов для Украины и других республик. Бывая на конференциях по сексопатологии, я видел, что Иван Федорович в своей специальности является лидером. В дискуссиях с профессором Васильченко (московским руководителем сексологической службы) нередко «поле битвы» оставалось за И.Ф.Юндой. Особенно ярко проявилась поддержка аудиторией выступлений Ивана Федоровича в Уфе на Всесоюзной конференции сексологов.

Профессору И.Ф.Юнде постоянно приходилось вступать в дискуссию с работниками Министерства образования Украины о включении в программы школ проблем пола, если не в общий курс, то хотя бы факультативно. Лишь в 80-е годы эта работа сдвинулась с мертвой точки в силу специфических тенденций развития общества. Наши сексологи к этому были подготовлены, выступали с лекциями и докладами, были авторами хорошей научно-популярной литературы.

В конце 70-х годов Иван Федорович перенес инфаркт миокарда. В течение длительного времени находился на лечении в НИИ кардиологии им. Н.Д.Стражеско. Поправлялся медленно. Выйдя на работу, подал заявление об уходе с должности заместителя директора по научной работе. Я рекомендовал ему не торопиться с подачей заявления. Месяц я ждал. Своего решения И.Ф.Юнда не изменил. Пришлось искать ему преемника.

Подготовленный для этой должности человек в институте был — доктор медицинских наук профессор Любомир Антонович Пыриг. В Минздраве Украины против его кандидатуры возражений не было, поскольку знали его деловые и профессиональные качества.

Оставался райком Компартии Украины. В то время институт был в ведении Шевченковского райкома Компартии Украины. Секретарем райкома был замечательный человек, инженер по образованию, кандидат технических наук Виктор Семенович Западня. Я начал с ним переговоры, дав объективную характеристику профессору Л.А.Пыригу.

Л.А.Пыриг родом с Ивано-Франковщины, закончил Львовский медицинский институт, аспирантуру проходил в НИИ кардиологии им. Н.Д.Стражеско. Успешно защитил кандидатскую диссертацию. Рекомендован на преподавательскую работу в Киевский медицинский институт. Преподавал на кафедре госпитальной терапии, база которой располагалась в больнице водников. Работал над докторской дис-

сертацией по нефрологии, то есть по профилю института. Принимал активное участие в разработке проблем трансплантации почки. Приглашен мною на вакантную должность заведующего отделением терапевтической нефрологии, которую до этого на общественных началах занимал профессор А.П.Пелешук. В институте Любомир Антонович написал и успешно защитил докторскую диссертацию.

В медицинском институте поговаривали, что у него имеются украинские националистические проявления. Работает в коллективе несколько лет. От него или сотрудников ничего не слышали о националистических высказываниях. Может быть, говоря о национализме Любомира Антоновича, имели в виду его украинскую речь. Украинской речью он владеет идеально. В основном пользуется ею. Русская речь у него с украинским акцентом, хотя русский язык он знает прекрасно. Его научные работы написаны на русском языке. В коллективе Л.А.Пыриг пользуется авторитетом, входит в «мозговой центр» института.

С ответом Виктор Семенович не торопился. Он знал, что Любомир Антонович не член Компартии. Именно поэтому он колебался и в конце концов он спросил:

— Пыриг в партию вступит?

— Нужно поговорить с ним.

— Вот и поговорите. Потом станет ясно, как нам поступить.

В тот же день я поговорил с Любомиром Антоновичем. Без колебаний он согласился вступить в члены КПСС. Райком одобрил назначение профессора Л.А.Пырига на должность заместителя директора института по научной работе.

Прием в кандидаты в члены партии в первичной парторганизации института прошел гладко. Его все знали и поддерживали единогласно. Все гладко прошло и в райкоме на парткомиссии ветеранов партии. На все вопросы коммунистов со стажем он дал предельно четкие ответы. Об этом я узнал потом.

На бюро райкома во время приема Л.А.Пырига в кандидаты в члены партии произошел скандал. О нем мне рассказал В.С.Западня. На заседании бюро Л.А.Пыриг, как всегда, отвечал на вопросы очень корректно и уважительно, но на украинском языке, что тогда было редкостью. Это взорвало члена бюро начальника КГБ района.

— Почему вы отвечаете на украинском языке, когда Вам задают вопрос на русском?

— Это мой родной язык. Я им пользуюсь дома и на работе.

— Я украинского языка не знаю, как я могу решить, голосовать за вас или против?

— Если человек живет и работает в Украине, он должен знать украинский язык, — спокойно ответил Любомир Антонович.

Это подлило масла в огонь. Начальник КГБ начал возбужденную тираду против Л.А.Пырига.

Секретарь райкома был вынужден вмешаться. Он попросил Любомира Антоновича выйти в приемную. Кагебист не унимался. Члены бюро не хотели вступать с ним в дискуссию. Возникла критическая ситуация. Секретарь райкома дал кагебисту чистый лист бумаги и предложил письменно сформулировать причину отказа в приеме в партию Л.А.Пырига. Тот начал писать. В объективке на Л.А.Пырига он зацепки не нашел. То, что Любомир Антонович говорит на родном языке, не могло быть официальным поводом отказа в приеме в КПСС. Кагебист не нашелся, что написать, но при голосовании воздержался. Бюро Шевченковского райкома Компартии Украины приняло Л.А.Пырига в кандидаты в члены партии.

С Любомиром Антоновичем было легко работать. Свою работу он знал, любил, был авторитетным в коллективе института. Несмотря на принципиальность и настойчивость, у него никогда не возникало конфликтных ситуаций ни в коллективе, ни с работниками Минздрава Украины. Работая в институте, Л.А.Пыриг не порвал связи с педагогическим процессом, регулярно читал лекции курсантам и интернам, которых у нас всегда было много. В будущем он создаст кафедру нефрологии в институте усовершенствования врачей. Будучи зам. директора по научной работе, Любомир Антонович стал заметной фигурой в терапевтическом мире. Его стали часто привлекать к работе на республиканском уровне, назначили главным нефрологом Минздрава Украины. Тогда шло активное становление нефрологической службы в республике. Подготовка кадров нефрологов была центральной в этом процессе. За развитие нефрологической службы в Украине Л.А.Пыриг был награжден орденом. Срывов в выполнении научно-исследовательских работ и подготовке кадров высшей квалификации в институте не было.

В 1986—1987 годах Любомир Антонович не позволил втянуть себя ни в какие группировки. Оставался честным и принципиальным человеком и ученым. После моего освобождения с должности директора он временно исполнял обязанности директора.

После провозглашения самостоятельности Украины в 1991 году он избран депутатом Верховной Рады Украины от Ивано-Франковщины. С должности зам. директора по научной работе Л.А.Пыриг ушел, оставаясь заведующим нефрологическим отделением. Будучи депутатом, он активно и много работал в Верховной Раде, а также с украинской

диаспорой. Многократно публиковался в периодических изданиях, выпустил солидную книгу публицистических статей.

Мне как директору института повезло, что на должности заместителя по научной работе трудились такие выдающиеся ученые, как И.Ф.Юнда и Л.А.Пыриг, много сделавшие для поднятия авторитета института, становления уронефрологической и сексологической службы в бывшем СССР.

Организация научной работы

В течение длительного времени я работал в Донецком медицинском институте, и в последний год помимо заведования кафедрой исполнял обязанности проректора по научной работе, занимался планированием научных исследований в медицинском институте. Методика и практика планирования научных исследований в научно-исследовательских институтах имеет свои особенности.

Научные направления института урологии были определены приказом министра здравоохранения Украины при его организации:

- острая и хроническая почечная недостаточность;
- неоперативные методы лечения мочекаменной болезни;
- опухоли мочеполовых органов.

В 1970 году к этим трем направлениям были добавлены:

- мужское бесплодие;
- уровень и структура урологических заболеваний;
- трансплантация почек в эксперименте и клинике.

Профессора И.Барченко и М.Ковалев из отдела науки и ученого совета Минздрава Украины пояснили, что в научно-исследовательских институтах не рекомендуется многотемность и распыление средств на финансирование науки. Задача дирекции — сосредоточить научный потенциал института на 3—5 основных научных темах и комплексно разрабатывать их. Сделать это оказалось сложно. Некоторые научные темы уже были запланированы и утверждены Минздравом Украины. Некоторые сотрудники заканчивали диссертационные темы, запланированные в других институтах, также утвержденные Минздравом Украины. Новые сотрудники ранее не занимались вопросами урологии, нефрологии и сексопатологии, с ними тоже нужно было работать.

Трудности планирования научных работ объяснялись и чисто техническими причинами. Основные клиники и лаборатории были разбросаны по всему городу, поэтому проведение научных исследова-

ний из-за несогласованности иногда срывалось. Лаборатории и клиники были недостаточно оборудованы, что затрудняло осуществление комплексных научных исследований на надлежащем уровне.

Условия организации и планирования научных исследований улучшились с вводом урологического и лабораторного корпусов, а также вивария. Основные подразделения института удалось разместить компактно, хотя некоторые клиники — онкологии, мочекаменной болезни, туберкулеза, детской уронефрологии — располагались на базах городских лечебных учреждений.

Авторитет института обеспечивала совместная работа различных специалистов: урологов, нефрологов, сексологов, трансплантологов, онкологов, фтизиоурологов, иммунологов, бактериологов, физиологов, биохимиков, рентгенологов, радиологов, лаборантов.

Каждая запланированная научная работа становилась комплексной. Проблему изучали многопланово. Это позволило избежать мелкотемья. Контролировать большие научные коллективы (до 15—25 сотрудников) сложно, однако результаты оправдывали усилия.

П.Л.Капица писал, что лучше планировать научные работы для небольших коллективов — в них виднее вклад каждого участника. В клинической медицине это не всегда удается. Например, при планировании темы по трансплантации почки, в исполнении которой участвовали урологи, нефрологи, физиологи, биохимики, иммунологи, морфологи, радиологи, рентгенологи, коллектив исполнителей включал 20 человек.

Чужими руками хорошую работу не сделаешь. Поэтому я сам постоянно работал в клинике, операционной, рентгенкабинете и этого же требовал от всех исполнителей научных работ. Только в процессе непосредственной работы приходят идеи, которые лягут в основу научных разработок, изобретений, открытий и т.д. Когда ученый, даже самый крупный и авторитетный, перестает работать в клинике, лаборатории, прекращается его научный рост. Планируя научные работы, руководитель всегда должен помнить о привлечении свежих сил (аспирантов, клинических ординаторов и младших научных сотрудников). Развивая материальную базу института, я стремился создать научным сотрудникам максимальные удобства для работы. Рабочее место должно помогать собраться с мыслями, обсудить полученные результаты с коллегами, отвлечься от текучки.

В конце 70-х годов Минздрав Украины рекомендовал планировать научные темы в рамках Государственного плана экономического и социального развития СССР и УССР, планов Академии медицинских наук СССР, в крайнем случае межведомственного плана или комплексироваться с другими институтами.

Так, в 1986 году были запланированы: одна тема — в рамках Государственного плана экономического и социального развития СССР, две темы — в рамках Государственного плана экономического и социального развития УССР, 10 тем — по межведомственному плану, причем выполнение некоторых из них предусматривало комплексирование с институтами Академии наук Украины.

Нам было известно, что Министерство здравоохранения СССР и АМН СССР планируют темы в соответствии с Государственным планом экономического и социального развития СССР, в частности Б.В.Петровский — по хирургии, Н.Н.Блохин — по онкологии. Планирования научных проблем в масштабах СССР по профилю нашего института не было.

Я написал письмо Н.А.Лопаткину, в котором обращал внимание, что в нашем институте из 14 научных тем, запланированных на 1986 год, только 3 выполняются в рамках Государственного плана экономического и социального развития СССР и УССР, остальные темы планируются в соответствии с межведомственным и институтским планами. Это не устраивает работников отдела науки Минздрава Украины, хотя все темы запланированы с учетом уровня заболеваемости и структуры уронефрологических и сексологических заболеваний, предусматривают улучшение специализированной помощи и здоровья населения. Спрашивал, существуют ли общесоюзные программы по урологии, если да, то мы хотели бы участвовать в их разработке, если нет — предлагал подумать об их создании в рамках проблемных комиссий АМН СССР. Наш институт готов принять участие в этой работе.

Ответа на письмо я не получил, правда, вскоре в моей профессиональной жизни произошли изменения, которые не позволили мне заняться этой работой. Из планируемых нами тем 75% были охраноспособными и заканчивались получением авторского свидетельства. Создание нового аппарата или инструмента — это сложная проблема для изобретателя. Он прекращает заниматься научными исследованиями, что-то согласовывает, что-то добавляет, изменяет, одним словом, у него начинается «хождение по мукам». Чиновники Минздрава Украины установили авторский контроль за внедрением изобретений, создав совет по внедрению. На бумаге все хорошо: авторский контроль и совет по внедрению, но все это отвлекает высококвалифицированного ученого от научных разработок, приземляет его к чисто практической работе, которая может быть сделана людьми практического склада ума.

Я недавно слушал по украинскому радио выступление одного ученого из Днепропетровска. Он работал в зарубежном научно-исследовательском учреждении. Там принят такой модус: если в разработке научной темы намечается открытие или изобретение, к ученым подключаются специалисты, которые берут на себя окончательную доводку изобретения до серийного производства и внедрения в практику. Ученого освобождают для творческой работы. В этом суть сохранения и поддержания интеллекта как отдельного ученого, так и фирмы, на которую он работает.

Авторский контроль за окончательной доводкой изобретения нужен, но не в такой изнуряющей форме, как это практиковалось у нас, когда автор изобретения превращается в основного «толкача» изобретения.

Хоздоговорная научная тематика выгодна для научно-исследовательского учреждения, поскольку дает ему дополнительные средства для выполнения научных программ.

Помню, в Донецком медицинском институте гигиенист профессор Любомудров систематически заключал хоздоговорные темы с шахтами, металлургическими и машиностроительными заводами. Институт на этом имел прибыль. Дополнительный заработок имели сотрудники кафедры, привлеченные к разработкам. Выполнение научных хоздоговорных тем способствовало улучшению условий труда, усовершенствованию технологических процессов и т.д. Предприятия знали, за что они платят деньги ученым-разработчикам. От нас тоже требовали заниматься научной хоздоговорной тематикой. Несмотря на то, что у нас были знакомые среди директоров крупных и не очень крупных заводов, мне ни разу не удалось заключить хоздоговор. На заводе уронефрологических проблем не было. В порядке шефской помощи они могли купить нам аппарат, мебель и покупали. Одному Ивану Федоровичу Юнде удалось заключить хоздоговор с Чернобыльской АЭС. Молодые сотрудники-мужчины начали жаловаться на импотенцию. Исследования подтвердили влияние радиации на половую функцию. Потребовались значительные материальные затраты на проведение мероприятий по технике безопасности, что было не очень выгодно для дирекции станции. По окончании хоздоговора администрация электростанции его не возобновила.

В тот начальный период работы в институте урологии и нефрологии я понял, сколь много мне дала «обкатка» в научном отделе Донецкого мединститута. У меня появился навык к обобщению отдельных проблем, умение стыковать интересы разных специалистов при решении научных программ. А пересадка почки в клинике?

Сумел же я наладить хирургическое лечение приобретенных пороков сердца в клинике К.Т. Овнатаняна. Сумел же я перестроиться на позиции кардиологии, будучи хирургом. Но все это было в клинике, хоть и большой. Значительно большие возможности открыл мне научно-исследовательский институт.

Несколько последующих лет я шел к цели, которая предусматривала пересадку трупной почки в клинике, аутотрансплантацию почки, сосудистую урологию, пластическую и восстановительную урологию. Мой энтузиазм и веру поддерживали сотрудники. Мы вместе добивались успеха в своей профессии.

Комплектование института кадрами

С этой проблемой я столкнулся с первых дней работы. В 1969 году в институте работали 11 докторов наук, причем 4 из них были совместителями: А.Л. Пелешук, О.В. Проскура, С.Д. Голигорский и П.М. Федорченко. Основным местом их работы были Киевский мединститут и Институт усовершенствования врачей. Именно эти специалисты были наиболее сведущи в урологии и нефрологии, на их клинических базах работали сотрудники института. Профессора не изъявляли особого желания работать у нас, поскольку выполняли свои функции на общественных началах, без оплаты труда, а наличие двух коллективов на одной базе создавало неудобства.

Лаборатории возглавляли доктора медицинских наук, которые до поступления на работу в институт урологией не занимались.

Некоторые клиники возглавляли кандидаты медицинских наук. В лабораториях и клиниках кандидатов наук было немного. Профессиональное обеспечение научных исследований было недостаточным, в чем я убедился, познакомившись с законченными научными работами сотрудников за 1966—1968 годы.

Передо мной встала проблема укомплектования института кадрами и подготовка урологов и нефрологов высшей квалификации.

Особенно остро потребность в кадрах стояла в 1973 году, когда в строй вступил урологический корпус института — появилось много вакансий.

К тому времени я уже приобрел некоторый опыт в подборе сотрудников и даже выработал свою методику. Мы знали, что выпускники медицинских вузов урологию знали поверхностно. И дело было не в преподавателях, а в программах. Разве можно научить урологии за 4 лекции и 6 практических занятий? Преподаватели кафедр мог-

ли лишь ознакомить студентов в общих чертах с наиболее распространенными урологическими заболеваниями.

Поэтому я ставил перед собой задачу подобрать умных, образованных, культурных молодых специалистов, которые хотели бы овладеть специальностями по профилю института. Выполнить эту задачу в то время было очень непросто! Дело в том, что в 60—70-е годы начала снижаться успеваемость в медицинских вузах. В институты принимали на льготных условиях абитуриентов, имевших двухлетний стаж работы на производстве, в сельском хозяйстве или отслуживших в армии, грамотность которых была намного ниже, чем у десятиклассников. Среди десятиклассников огромный конкурс, а льготников принимали с тройками. Уменьшилось количество часов по медицинским предметам за счет увеличения на 35% часов на общественные и военные науки. Регулярные выезды студентов на сельхозработы сокращали продолжительность обучения в институте почти на целый семестр. Введение вечернего обучения на первых трех курсах института для среднего медицинского персонала также не оправдало себя и вскоре было ликвидировано.

Дело доходило до курьезов. Я помню, как на ученом совете Донецкого мединститута, посвященном набору студентов на первый курс, декан лечебного факультета привел пример как достижение — прием на первый курс шахтера-забойщика с 10-летним стажем работы и депутата Верховного Совета УССР — рабочую шахты. Шахтер-забойщик через 1,5 месяца учебы оставил институт и вернулся на шахту. Депутат продержалась до зимней сессии. Вначале она была очень активной в общественной жизни института. По мере приближения экзаменационной сессии активность ее снижалась. После сессии она подала заявление об отчислении из института в связи с тем, что не выдержала экзамены. Товарищи на шахте посмеялись над ней, дескать, пренебрегла шахтерским коллективом, хотела пофорсить в белом халате. На шахту не вернулась. Произошла личная трагедия.

Обвинять преподавателей в том, что снижалась успеваемость студентов, нельзя — они работали с недостаточно грамотными студентами, принятыми в институт на льготных условиях. В институтах стали ориентироваться на студента-средняка: грамотному студенту такие занятия неинтересны, слабым — все равно трудно.

Все изложенное затрудняло отбор выпускников мединститутов для работы в научно-исследовательских институтах.

С выпускниками, решившими заняться научной и практической работой в институте, я проводил продолжительные беседы. Поми-

мо биографических данных, меня интересовало, какие задачи ставит перед собой молодой врач, чего он хочет достичь, хотя бы в общих чертах. Меня интересовали его культурные запросы: что он читал, его увлечения, знание истории Киева, искусства, выдающихся деятелей Украины — писателей, художников, артистов.

Иногда выяснялось, что претендент за время учебы в институте не посещал театров и музеев. Я уж не говорю об истории Киева и знании выдающихся личностей Украины.

Иностранных языков не знали почти все претенденты — читали медицинскую литературу со словарем. Незнание иностранных языков сотрудниками — трагедия для института. Такой сотрудник не знаком с мировой литературой, его нельзя послать на международный конгресс или в длительную научную командировку в зарубежные клиники или лаборатории университетов.

Меня особенно удивляло, когда на мой вопрос, какой преподаватель (ассистент, доцент, профессор) за время учебы в институте произвел на него наибольшее впечатление, на кого он хотел бы походить и кому подражать, более половины претендентов не смогли ответить. Некоторые из них, подумав, называли фамилию какого-либо преподавателя, но это выглядело так, вроде бы неудобно не назвать ни одной фамилии.

И все же, несмотря на довольно мрачную картину, нарисованную мною, попадались хорошие молодые специалисты. Если они имели киевскую прописку, мы принимали их на работу.

Все эти сложности, включая киевскую прописку, растянули укомплектование института кадрами на целых 3 года. Взять на работу посредственность, потом от нее не избавишься, лучше пусть должность будет вакантной.

По поводу подготовки учащихся в школах у меня состоялась интересная беседа в Германии. В 1976 году, после конгресса урологов в Карл-Маркс-Штадте, я ехал с профессором М.Мебелем в Берлин. Он в свое время закончил Московский медицинский институт. В клинике профессора А.П.Фрумкина стал доктором медицинских наук, в 1949 году (после образования ГДР) выехал на работу в Берлин, где заведовал клиникой урологии в университете им. Гумбольдта.

Мы вели дорожные разговоры на разные темы. В перерывах между разговорами профессор М.Мебель как-то тяжело вздыхал. Вначале я не реагировал на его вздохи, считая их отражением личных раздумий. Но когда они стали повторяться, не выдержал и спросил, в чем причина?

— Дочь кончает гимназию, — услышал в ответ.

Я видел его дочь — красивая интеллигентная девушка.

— Что же в этом плохого?

— Плохого в этом ничего нет, но у нас очень сложно решаются вопросы поступления выпускников гимназий в университет.

Далее он поведал следующее.

В ГДР решающее значение в судьбе выпускников-гимназистов имеет решение педагогического совета гимназии. В гимназии самая высокая оценка 1, а самая низкая — 5. Если за время учебы гимназист набрал 21 балл, значит он был круглым отличником. Вопрос поступления в университет решался положительно. При наличии в аттестате 2—3—4 увеличивалась сумма баллов, что снижало возможность поступления в университет.

Вопрос о праве на учебу в университете решает только педагогический совет гимназии. Его решение обжалованию не подлежит, оно окончательное. Проходную сумму баллов не так легко получить. Поэтому профессор с женой волновались, хотя дочь занималась хорошо.

Закон жесткий. Телефонное право исключается. На экзаменах всякое бывает: волнение, нервный срыв, наконец, незнание некоторых деталей, антипатия учителя к гимназисту могут повлиять на оценку.

— Как же быть в этих случаях? — продолжаю спрашивать у М.Мебеля.

— Все учащиеся-гимназисты хорошо знают это правило. У тех из них, кто стремится получить высшее образование, жизнь подчинена учебе, а также изучению иностранных языков в объеме, значительно шире школьной программы.

Более того, педсовет не только выносит вердикт о продолжении учебы в университете, но и влияет на выбор факультета — гуманитарного или технического.

Заключение выносится и в отношении выпускников, которым не рекомендуется учеба в высшей школе. Педсовет, зная склонности и способности своих подопечных, рекомендует возможные направления при выборе специальности в народном хозяйстве.

Обсуждая влияние педсовета гимназии на судьбу выпускников средней школы, мы с М.Мебелем вспомнили много примеров из жизни ученых, когда, имея среднюю успеваемость в школе, они достигали выдающихся профессиональных успехов. Хотя, как правило, школьники, имеющие хорошую первичную подготовку, достигают больших профессиональных успехов. Упущенное время для

образования в школьные годы невозможно восполнить в зрелом возрасте — физиология человека не позволит. На все свое время.

По приезде в Берлин я был приглашен в гости к профессору П.Альтхаузу. Его жена фрау Лизабет была преподавателем гимназии. Мне представилась возможность продолжить беседу, начатую с М.Мебелем.

— Фрау Лизабет, действительно ли так велики полномочия педсовета гимназии в определении права на продолжение учебы выпускников в университетах?

Она подтвердила и добавила:

— Многие родители существующим положением недовольны. Проблема специально обсуждалась в печати. Создана специальная группа ученых, которой поручили изучение этой проблемы. Выводы ученых подтвердили правильность решения педсовета в большинстве случаев.

— Значит, возможны ошибки при оценке потенциальных возможностей гимназистов-выпускников?

— Мы, немцы, очень рациональны и прагматичны, хотим вкладывать деньги в заведомо способных молодых людей. Для ГДР это важно. Страна, бедная природными ресурсами, должна иметь высокий интеллектуальный потенциал. Тогда мы выживем. Об этом мы неустанно повторяем и детям, и родителям.

Она спросила, заметил ли я, что спортсмены ГДР, имеющей 17 млн населения, на Олимпийских играх завоевывают больше всех медалей из расчета на 1 млн жителей.

— Это не случайно. У нас в стране, — продолжала фрау Лизабет, — подготовка спортсменов проводится научно обоснованно, начиная с детского возраста. В гимназиях работают тренеры-профессионалы, начиная с первого класса. В процессе физических занятий изучают детей: их волевые качества, интеллектуальные способности, физическое развитие, приверженность к виду спорта. Инструкторы определяют возможный уровень достижений гимназиста в спорте. Об этом ставят в известность родителей. С их согласия в дальнейшем решается вопрос, будет ли ребенок заниматься оздоровительным или профессиональным спортом. Определяется вид спорта, в котором ребенка будут готовить к высшим спортивным достижениям. Такая система подготовки спортсменов себя полностью оправдала.

— Фрау Лизабет, в спорте проще...

— Если выпускник гимназии, не получивший «добро» педсовета, очень хочет поступить в университет, он может учиться за плату,

получив для этого кредит в специальных фондах, а также может выехать на учебу за рубеж.

Я обратил внимание, что фрау Лизабет говорила совершенно убежденно. Она полностью разделяла существующую систему образования. Более того, она была сторонницей перекомплектования классов в период учебы в гимназии по принципу успеваемости гимназистов и склонности к гуманитарным или техническим наукам. (Кстати, у нас в стране в 60-х годах в школах практиковалось переукомплектование классов учащихся по принципу успеваемости.) Это оправдало себя на практике. В 90-е годы процесс усовершенствования преподавания в средних школах принял массовый характер и продолжается сейчас.

Как для руководителя клинического научно-исследовательского института проблема кадров стала для меня ведущей и, главное, постоянной.

Укомплектованный штат научных сотрудников определяет успех работы научно-исследовательского учреждения. Комплектование института сотрудниками в 1966—1968 годах проходило сложно. Принимали на работу сотрудников, закончивших кандидатские и докторские диссертации в других институтах, лишь бы они соглашались заниматься проблемами уронефрологии. Но лидера, способного объединить коллектив общей идеей, в Киеве не нашлось. Тогдашний министр здравоохранения Украины П.Л.Шупик на должность заместителя директора по научной работе пригласил из Кишинева профессора С.Д.Голгорского, образованного и опытного уролога, на книгах которого воспитывалось поколение послевоенных урологов. У него не сложились отношения с руководителями структурных подразделений, в связи с чем он вынужден был перейти на заведование клиникой урологии Киевского мединститута, а в институте по совместительству заведовал отделением неспецифического воспаления мочевых органов, которое располагалось на той же базе, в 14-й больнице.

До науки ли было коллективу, рабочий день которого начинался с обсуждения «последних известий» в институте?

Мировой опыт учит: успех научного коллектива определяется авторитетом руководителя, его умением заинтересовать коллектив научной проблемой, найти каждому сотруднику интересное дело, в котором он видел бы перспективу своего персонального роста. Это с одной стороны. А с другой стороны, имеют значение творческие способности научных сотрудников, их умение и желание реализовать программу руководителя, их умение обдумывать и анализировать результаты проделанной работы.

Как определить творческий потенциал сотрудника, принимаемого на работу во вновь созданный институт? С этими трудностями в свое время встретился Ю.Г.Единый. Кто отдаст перспективного работника? Плохому даже дадут хорошую характеристику, лишь бы только избавиться от него.

Лучшее решение кадровой проблемы — подготовка научных сотрудников у себя в институте. Такой опыт в стране имеется. Н.Д.Стражеско, Д.Ф.Чеботарев, Н.М.Амосов, А.А.Шалимов, А.Н.Бакулев, Б.В.Петровский, Ф.Г.Углов свои клиники постепенно превратили в научно-исследовательские институты. В клиниках было подготовлено научное ядро, «мозговой центр» будущих процветающих научно-исследовательских учреждений с великолепными традициями.

У нас в стране формирование урологических школ происходило медленно, несмотря на то, что были выдающиеся урологи. Это частично обусловлено тем, что урологию долгое время рассматривали как «младшую сестру» хирургии, преподавание ее в вузах проходило на кафедрах факультетской хирургии. Научно-исследовательских институтов в стране не было. Кадры урологов готовились медленно, в основном на кафедрах урологии институтов усовершенствования врачей. Талантливая молодежь, даже если она вначале занималась урологией, в последующем склонялась к хирургии, поскольку перспектива роста была лучшей — получение кафедры, возможность самостоятельной работы.

Традицию нарушили А.П.Цулукидзе — созданием Грузинского института урологии, П.Л.Шупик — Киевского института урологии, Н.А.Лопаткин — Института урологии Минздрава РСФСР, Б.В.Петровский — кафедр урологии в медицинских институтах I категории.

Если раньше в Украине урология развивалась в основном в хирургических клиниках профессоров Л.Н.Кузьменко, В.М.Богославского, К.Т.Овнатаняна, Л.Г.Смоляка, Н.И.Ищенко и др., то теперь к развитию урологии, подготовке практических и научных кадров урологов дополнительно были привлечены кафедры урологии институтов последиplomного образования, три научно-исследовательских института и кафедры урологии медицинских институтов I категории.

Количественно подготовка кадров урологов в институтах сдвинулась с места, но качество в силу указанных причин оставляло желать лучшего.

Руководители научно-исследовательских институтов системы Минздрава Украины видели недостатки в подготовке врачей в медицинских институтах, неоднократно обсуждали их на республиканских совещаниях совместно с ректорами институтов. Высказывали

различные точки зрения по поводу устранения недостатков в подготовке врачей.

Ректоры справедливо жаловались на жесткую программу обучения, за рамки которой выходить было нельзя. Постоянно добавлялись часы для общественных, военных наук и гражданской обороны за счет сокращения учебных часов на медицинские дисциплины.

В одном из таких совещаний я принял участие и высказал следующие соображения.

Поскольку задача институтов — готовить врачей широкого профиля, то подготовка студентов, желающих в будущем заниматься научно-исследовательской работой, должна вестись добровольно и факультативно. Об этом должны быть оповещены студенты.

Помимо успешной учебы по всем предметам утвержденной программы, претенденты на научную работу должны:

- уметь читать, писать, разговаривать на 1—2 иностранных языках, на которых выходит основная медицинская литература;
- принимать участие в научных студенческих кружках и выступать с научными докладами;
- посещать заседания научных медицинских обществ;
- владеть работой с компьютером;
- изучать основополагающие монографии по избранной специальности;
- повышать свой культурный уровень.

Факультативная программа прежде всего приучает студента самостоятельно работать над литературой, дисциплинирует мышление, создает предпосылки для самоанализа, развития аналитического мышления, способствует формированию мировоззрения, приучает к уважению чужого мнения и умению слушать оппонента.

Одаренный и целеустремленный студент, претендующий на работу в научно-исследовательском институте, легко справится с факультативной программой. Она будет для него не обузой, лишней нагрузкой, а возможностью глубже познать то, с чем он встретится в будущем.

Дипломы советских медицинских вузов не признавались западными государствами. Врачам-эмигрантам за право заниматься врачебной деятельностью приходилось сдавать дополнительно много экзаменов. Многие из них не могли справиться с этой задачей и соглашались работать лаборантами, помощниками врачей и т.д.

В период перестройки и в последующем программы медицинских вузов все время совершенствовались и видоизменялись. В настоящее время сократилось количество часов на общественные и во-

енные науки, и увеличилось на клинические дисциплины. Введена субординатура на 6-м курсе, а затем — интернатура. Правда, интернатуру передали в академии последипломного обучения врачей. Это хорошо. Я помню, как мне было сложно овладеть специальностью в шахтной больнице после 5-го курса. Теперь же, после субординатуры и интернатуры, «вписаться» в работу больницы значительно легче. С другой стороны, наблюдая за работой интернов, выясняем их потенциальные возможности, подсказываем, чем нужно овладеть для получения права на поступление в аспирантуру или на работу в Институт урологии.

Прогресс имеется, но еще чувствуются результаты льготного поступления в институт прошлых лет.

В годы, о которых я пишу, на пути одаренных студентов-медиков в Киеве стояло непреодолимое препятствие — киевская прописка. Принятым в аспирантуру давали прописку только на время учебы. Всем остальным, будь ты хоть семи пядей во лбу и с задатками лауреата Государственной премии, путь на работу в научно-исследовательский институт заказан. Многие должности были заполнены киевлянами, но это не всегда были лучшие выпускники вузов.

В 1973 году в клиники, лаборатории, рентгенорадиологические кабинеты были приняты на работу 29 выпускников Киевского медицинского института. Примерно половина из них по разным причинам покинула институт. Я не осуждаю молодых специалистов, которые в первые 2—3 года сменили работу. Лучше вначале избрать специальность по душе, чем потом всю жизнь тяготиться работой, не приносящей удовлетворения.

От членов Киевского горкома Компартии Украины, в том числе от меня, время от времени требовали конкретных предложений для развития Киева как научно-политического, культурного и промышленного центра республики. Я подготовил такие предложения и был принят по этому поводу первым секретарем горкома Компартии Украины А.П.Ботвиным, человеком доброжелательным и разумным. В беседе я высказал мнение о том, что необходимость обязательной прописки в Киеве обедняет научный потенциал столицы, снижает ее интеллект, многие талантливые молодые ученые, окончившие аспирантуру, вынуждены покидать Киев. Происходит как бы санкционированная властями города «утечка мозгов».

В то же время с согласия городских властей ежегодно даются лимиты на прописку тысячам разнорабочих, привлекаемых на стройки и промышленные предприятия города. Это правило необходимо распространить на талантливых молодых ученых. Они усилят науч-

но-технический потенциал столицы, разработают новые технологии, автоматизируют производственные процессы в строительстве, в связи с чем отпадет потребность ввозить тысячи неквалифицированных рабочих, которых нужно обеспечивать жильем и социально-бытовыми учреждениями. Мой визит к секретарю горкома остался без последствий. Поднятая мною проблема была не в его компетенции.

Институт развивался. Рос его авторитет в Киеве и республике. И, несмотря на невысокую заработную плату, перспектива профессионального роста привлекала молодых специалистов для работы и учебы в нашем институте.

Подготовка кадров в институте

Подготовка специалистов для учреждений уронефрологического профиля осуществлялась фактически с первого года основания института. Все 18 лет, в течение которых я руководил институтом, в центре внимания дирекции была подготовка кадров высшей квалификации для институтов и практического здравоохранения. В начале 70-х годов в институте 40% научных работников имели ученые степени. Почти все они были подготовлены в других научных учреждениях, и не всегда их профессиональная подготовка соответствовала профилю института. Подготовкой кадров занимались все клиники и лаборатории.

Мне пришлось включиться в подготовку кандидатов наук со второго месяца работы в институте.

Во время знакомства с работой онкологического отделения мне представили двух младших научных сотрудников Д.А.Сеймивского и И.А.Клименко, которые собрали большой фактический материал, однако у них возникли затруднения с окончательным оформлением диссертаций.

Д.А.Сеймивский занимался лимфографией при опухолях мочевого пузыря. План диссертации у него был ориентировочный.

С лимфографией я был знаком. Вместе с Даниилом Антоновичем мы просмотрели и рассортировали все лимфограммы, детально описали их и сопоставили данные с клиническими признаками и результатами других методов исследования. Составили рабочий план диссертации, наметили пути его реализации. Обзор литературы и раздел методов исследования были написаны, поэтому их я только отредактировал, помог сформулировать цели и задачи работы.

Д.А.Сеймивский учел мои наставления, во всем разобрался и написал диссертацию.

У Ивана Александровича Клименко диссертация была посвящена роли генитографии в диагностике рака предстательной железы. Вместе с ним мы детально изучили генитограммы. Нами был введен новый термин: этапная генитография. Она имела важное значение в дифференциальной диагностике опухолевого роста в паренхиме половых органов и воспалительного процесса. Я помог определить цели и задачи диссертации, и отредактировал окончательный вариант текста и выводы.

Работа закончилась успешной защитой диссертаций. ВАК присвоил Д.А.Сеймивскому и И.А.Клименко ученую степень кандидата медицинских наук.

В 1973—1977 годы в связи с особенностями финансирования приходилось маневрировать штатной структурой института. В это время в моей клинике были группы: трансплантации почки, мочевого туберкулеза, микробиологии с вирусологией, а также сосудистой урологии. Поскольку клиника располагалась на основной базе в урологическом корпусе института, ряд диссертаций теоретиков планировались с моим участием.

Клинические разделы диссертаций выполнили на этой базе: В.А.Пирогов, В.П.Чернышов, Г.Н.Дранник, А.В.Руденко, А.М.Ромащенко, М.М.Комарницкая, Т.К.Кульчицкая, анестезиологи А.С.Карпенко и В.Ф.Ковельский. Фактически каждый больной, госпитализированный в клинику, рассматривался как тематический (сейчас или в будущем). Всех их тщательно обследовали, чтобы в последующем можно было включить в научную тематику или в доклады, с которыми сотрудники выступали на различных конференциях того времени.

Я как директор института и руководитель клиники, был заинтересован в том, и об этом знали урологи Украины, чтобы госпитализировать пациентов с осложненным течением заболеваний, пограничными урогинекологическими и урохирургическими болезнями, для выполнения повторных вмешательств и т.д. Я преследовал при этом несколько целей: прежде всего — оказание квалифицированной помощи урологическим больным и пациентам с сочетанными заболеваниями, чтобы на этом клиническом материале сотрудники совершенствовали диагностику и лечение сложных урологических и сочетанных заболеваний, включая врожденные пороки развития и травму; стремился выполнить решение Киевского горисполкома, которое предписывало администрации научно-исследовательских институтов выделять 40% коечного фонда для жителей Киева.

Преимущественно в отделениях лечили пациентов с воспалительными заболеваниями и мочекаменной болезнью, заболеваниями предстательной железы, новообразованиями. Постепенно увеличивалось количество пациентов с врожденными заболеваниями мочеполовых органов, а также сосудистыми заболеваниями почек.

Примерно у одной трети пациентов выявляли сложные врожденные и приобретенные заболевания, травму, комбинированные мочекишечные, мочеточниковые, почечные и пузырьные свищи.

У многих пациентов обнаружены почечная недостаточность, двусторонняя патология почек, заболевания единственной врожденной и приобретенной почки.

Ежегодно в клиниках института делали более 3800—3900 хирургических операций. Многие оперированные больные находились на централизованном диспансерном учете в консультативной поликлинике института, что давало возможность постоянно анализировать отдаленные результаты лечения, корректировать амбулаторную терапию. Совместная лечебно-диагностическая работа взаимно обогащала ученых различных специальностей.

Совместное обсуждение плановых научных работ, диссертаций, докладов на научных конференциях института углубляло понимание этиологии и патогенетических механизмов уронефрологических заболеваний. Объективно оценивалось новое, рождавшееся в клиниках и лабораториях.

Планируя научные работы, научный отдел и руководители клиник и лабораторий старались заложить в них темы кандидатских и докторских диссертаций сотрудников института и четко определить объем работы. Такая практика себя полностью оправдала, ибо научные работы завершались получением авторских свидетельств, патентов, зарегистрированных в стране и за рубежом, разработкой рекомендаций для практического здравоохранения, а многие исполнители плановых научных работ в конечном итоге становились докторами и кандидатами медицинских наук.

В процессе совершенствования методов лечения и выполнения плановых научных работ мы готовили специалистов новых профессий: детских урологов и нефрологов, трансплантологов, сосудистых урологов, специалистов по программному гемодиализу, анестезиологов, реаниматологов, андрологов и др.

Диссертации научным сотрудникам и клиническим ординаторам планировали таким образом, чтобы, работая над темой, они становились высококлассными специалистами в этой области.

Для меня, ученого-клинициста, стоявшего в то время во главе урологической службы республики, было важно комплексное изучение проблем, научное обоснование полученных результатов и обязательные предложения по внедрению в практику. Большинство выполненных в институте работ были патентоспособными, заканчивались выходом в свет методических рекомендаций и информационных листков. В те годы много писали о том, что современная наука развивается на стыке наук. Для медицины это было особенно актуально, поскольку медики широко использовали достижения физики, химии, биологии, математики, информатики, поэтому при необходимости я всегда приглашал для диссертанта соруководителя по смежной специальности и считаю это оправданным. Поэтому мне непонятна тенденция руководителей ВАКа Украины ограничить число соруководителей. Брать или не брать соруководителя — должен решать руководитель клиники. ВАКу необходимо контролировать качество и уровень представленной на утверждение диссертации, достоверность фактов и новизну полученных результатов, а также освещение проблемы на современном уровне.

За 18 лет в руководимом мною институте (до 1987 года) подготовлено 26 докторов и 82 кандидата медицинских наук.

Сотрудники института, защитившие докторскую диссертацию в 1969—1987 годах: Г.В.Багдасарова, А.Д.Тодоренко, Н.Я.Мельман, Л.А.Пыриг, В.С.Гагаринов, А.С.Переверзев, Л.П.Павлова, Г.Н.Дранник, В.П.Чернышев, И.С.Комышан, И.П.Имшенецкая, И.И.Горпинченко, Е.Я.Баран, В.С.Сакало, В.А.Пирогов, А.В.Терещенко, Д.А.Сеймивский, А.С.Карпенко, В.Ф.Ковельский, В.В.Суслов, А.В.Руденко, А.М.Романенко, Г.Г.Никулина, А.С.Носов, Ю.А.Абрамов, Ф.П.Хрипта.

Успешно подготовили и защитили кандидатские, а затем докторские диссертации 19 научных сотрудников: Е.Я.Баран, Н.И.Бойко, Г.В.Багдасарова, И.И.Горпинченко, В.С.Дзюрак, Г.Н.Дранник, Л.П.Имшенецкая, А.С.Карпенко, И.С.Камышан, И.А.Клименко, Н.Ф.Колесник, Г.Г.Никулина, А.С.Переверзев, Д.А.Сеймивский, Н.А.Сайдакова, Э.А.Стаховский, В.А.Тхор, В.П.Чернышов, В.В.Черненко. В 80—90-е годы вместе с ветеранами института они стали его «мозговым центром», обеспечили его ведущую роль в стране, а некоторые стали руководителями структурных подразделений.

В нескольких клиниках и лабораториях стало по два и даже три доктора наук — все это положительно сказалось на качестве научных исследований, что неоднократно подчеркивалось на пленумах, съездах, конференциях, в годовых отчетах.

Это убедительно свидетельствует о том, насколько серьезно администрация института, руководители клиник и лабораторий подбирали сотрудников, умных и перспективных.

Создавать клинику пластической и восстановительной урологии в Киеве мне пришлось в основном силами молодежи, которая пришла из институтов. Это не пугало меня. Я любил работать с молодыми специалистами и, судя по результатам их научного и профессионального роста, умел с ними работать. Мне приятно слышать это как в Институте урологии и нефрологии, так и встречая коллег на конференциях, съездах.

Отдельной строкой стоят воспоминания, связанные с юбилейной конференцией, посвященной 100-летию со дня рождения К.Т. Овнатяна (Донецк, 2002), на которой я также услышал много лестных слов, и на которой прошла презентация моей книги «55 лет в хирургии».

Я никогда не наказывал сотрудника, если он сам сознавался в ошибке и намечал путь к недопущению ее в будущем. Я не требовал от сотрудника больше, чем он мог сделать. У меня не было своего метода воспитания молодежи в клинике. Я просто старался быть примером для них. Старался делать свое дело безукоризненно. Своих ошибок никогда не скрывал. Всегда объяснял, почему они возникли. Я никогда не заканчивал операцию, если сомневался в ее безопасности для больного. Были случаи, правда редко, когда законченную операцию начинал сначала, если сомневался в ее безукоризненном исполнении.

В начале 80-х годов авторитет института как научно-исследовательского учреждения значительно повысился. К нам стали поступать молодые специалисты в клиническую ординатуру, очную и заочную аспирантуру и докторантуру а также специалисты из других республик.

Приезжали врачи нашего профиля на длительную стажировку и краткосрочные курсы. Так, с 1970 по 1985 годы повысили квалификацию 1350 практических врачей, заведующие отделениями, ассистенты, доценты, заведующие кафедрами.

Меня поразило, как много урологов со всего бывшего Союза подошли ко мне на Всероссийском съезде урологов в Москве в сентябре 2002 года с воспоминаниями о посещениях и работе в институте урологии.

С краткосрочным визитом приезжали специалисты из США, Франции, Германии, Польши, Венгрии, Югославии, Болгарии, Японии, Индии, Ливана, Египта, Бангладеш, Парагвая. По линии общества «Спутник» нас посетили студенты из многих стран мира.

За время руководства институтом и специализированным советом я убедился, что темы диссертаций иногда не соответствуют интересам исполнителя. По окончании работы и получении искомой степени соискатель больше к этой теме не возвращался. Поэтому мы включали темы будущих диссертаций в крупные плановые научно-исследовательские работы.

Институт, как и многие другие, не сумел избежать вечной проблемы «отцов и детей». Острота этой проблемы зависела от многих причин: от характера, научных интересов, трактовки полученных научных результатов, перспектив развития научного направления, а иногда, чего греха таить, по меркантильным причинам.

Научные взгляды на проблему у докторанта и учителя совпадают в процессе планирования работы и в начальный период ее выполнения, на завершающем этапе докторской диссертации они иногда становятся совершенно различными. На мой взгляд, этот факт может быть первой причиной расхождений взглядов учителя и ученика. В такой ситуации необходим разумный компромисс без ущерба для развития научного направления и, конечно же, диссертации. Готовых рецептов для устранения проблемы «отцов и детей» в науке не существует. Сплошь и рядом молодые ученые думают иначе, чем их учителя. Чем опытнее, образованнее, профессиональнее и авторитетнее учитель, чем шире его кругозор и научные интересы, тем большую свободу в решении научных проблем он предоставляет ученикам, только бы это способствовало развитию науки.

По моему мнению, на стадии планирования темы учитель должен оценить, раскрыть перед диссертантом научно-практическое значение работы в целом как нового направления в науке, определить цели и задачи, обсудить предстоящие методы исследования. И все. Жестко опекать диссертанта нельзя. Частные и текущие вопросы диссертант должен решать сам.

Соискателю может потребоваться помощь учителя на завершающем этапе работы, когда нужно правильно расставить все акценты.

Диссертант, как художник, тщательно выписывая отдельные фрагменты картины, не видит полотно в целом. Не всегда он может оценить его достоинства. Учитель видит картину (проблему) гораздо шире и знает ее значительно глубже, поэтому он легко может расставить все акценты и тем помочь соискателю оценить полученные результаты и сформулировать выводы.

В 50—80-е годы интенсивно развивалась сеть научно-исследовательских учреждений в стране. Подготовка кадров высшей квалификации во всех институтах находилась под строгим контролем руководителей научных учреждений и вышестоящих организаций. После

обретения Украиной самостоятельности упростился выезд ученых в зарубежные институты и университеты для временной работы, ознакомления с новыми технологиями. Многие иностранные фирмы заключали контракты с нашими учеными на 1—3 года. Такую практику следует рассматривать как положительное явление. Молодые ученые (именно о них идет речь), за 1—3 года ознакомившись с опытом западных научно-исследовательских учреждений, новыми технологиями, должны их внедрять в отечественных институтах и университетах.

Положение в корне изменилось с начала 90-х годов, когда в Украине разразился многолетний экономический кризис. Научно-исследовательские учреждения стали закрываться или резко сокращать научную деятельность. Ученые потеряли работу и стали не нужны в условиях экономического кризиса. Ученые разного возраста и различных профессий устремились на Запад, некоторые — временно, многие — навсегда. Последнее — трагедия для нашей науки.

Газета «Зеркало недели» 25 июля 1998 года по этому поводу писала, что около 200 докторов наук, или 2% от общего количества, выехали с Украины в 1995—1997 годах в страны с более развитой экономикой. Из эмигрировавших докторов наук 55% ранее работали в учреждениях системы Министерства образования, 15,7% — Министерства здравоохранения, 11,8% — Национальной Академии наук Украины. Происходит «утечка мозгов». Она очень дорого обойдется нашей стране не только в плане экономических затрат в прошлом, но, главное, потерей научного потенциала в настоящем и будущем.

К чести Института урологии, только трое ученых выехали на постоянное место жительства за рубеж — один доктор наук пенсионного возраста и два старших научных сотрудника, все остальные работают в прежнем напряженном режиме, хотя испытывают материальные затруднения.

Научные конференции

Речь пойдет о научных конференциях, которые проводились в институте в процессе выполнения лечебной и научной работы. На первое место я поставил лечебную работу. Я считаю, что только те, кто хорошо диагностирует и лечит заболевания, могут сказать новое слово в медицинской науке.

В клинике работали сотрудники из разных коллективов. Кроме того, в институт было принято много молодежи. Нам предстояло

заниматься проблемами трансплантации почки, гидронефроза, уретерогидронефроза, пластической и восстановительной урологии, сексологии, андрологии, нефрологии в широком плане, которыми ранее целенаправленно не занимались. Мне было ясно, что следует начать работу по повышению знаний каждого сотрудника института.

В основе этой работы должно лежать систематическое обсуждение результатов экспериментов и самостоятельная работа над литературой. Но этого недостаточно. Необходимо как-то контролировать эту работу, но так, чтобы научный сотрудник проявил свою индивидуальность, способность и заинтересованность.

Лучше всего для этого подходят научные конференции, но не такие, когда один докладывает, а остальные слушают. Все докладывают о том, что изучили, прочитали за неделю по темам запланированных научных и диссертационных работ.

Каждую пятницу после утренней врачебной пятиминутки я отводил 1,5 часа для научной конференции. Она начиналась с демонстрации сложного больного: обсуждали особенности диагностики, клинические признаки, методы лечения, ошибки в лечении. За многие годы таким образом были разобраны сотни сложнейших больных, что способствовало повышению профессионализма сотрудников. Во вторую очередь заслушивали доклады сотрудников по темам плановых работ. В пятницу работа в клинике заканчивалась обходом, обсуждением больных, назначенных на операцию, определялись участники хирургических бригад.

Нельзя сказать, что конференции проходили без сучка и задоринки. В первое время не все к ним готовились, и, стало быть, не могли сказать, что они конкретно сделали для научной работы. Я знал, что в таких случаях существенное значение имеет личный пример. Поэтому ко всем конференциям тщательно готовился, конспектировал статьи и каждый раз мне было что сказать своим сотрудникам.

Это возымело положительное действие. А самое главное состояло в том, и сотрудники это поняли, что идет постоянный активный процесс самообразования, необходимый для научной работы.

Еще до моего прихода в институт научный отдел проводил внутринститутские научные конференции по запланированной научной тематике. Каждая лаборатория и клиника один раз в квартал докладывали о том, что они сделали в плане выполнения научной тематики. В конце года проводились итоговые научные конференции, на которых докладывались результаты законченных и переходных научных работ. На итоговых конференциях иногородних участников было мало, институт еще не имел авторитета, не стал головным в республике.

Недостаток таких конференций состоял в том, что научные сотрудники были задействованы два раза в год — один раз на итоговой конференции, второй — во время конференции по плану научного отдела. В то время основная моя работа состояла в подборе научных кадров и обучении специалистов, зачисленных в институт.

В 1973 году руководимая мною клиника перебазировалась в урологический корпус института. Мне стало ясно, что в научно-исследовательском институте, где большинство плановых научных тем комплексные, важна регулярная информация о работе смежных клиник и лабораторий. Лучше всего для этого подходят еженедельные научные конференции.

Исходя из этого, тематика только одной клиники не может быть интересной для всех сотрудников института. Поэтому тематику и принцип работы внутриинститутских конференций пришлось менять.

Выделили два вида конференций: по пятницам — для обсуждения текущих научных работ, диссертаций и работ, направляемых на различные урологические форумы, и годовые итоговые конференции, на которых обсуждались законченные научные работы.

Конференции по пятницам проводились под моим руководством либо, в мое отсутствие, И.Ф.Юндой или Л.А.Пыригом. Мы же делали заключение по докладам и дискуссиям.

На еженедельных конференциях научные сотрудники, аспиранты, ординаторы, участвующие в международных конгрессах, докладывали самое главное из того, что было услышано и увидено, и можно внедрить в институте. Меня интересовала реакция участников урологических форумов на доклады сотрудников нашего института: что было принято с одобрением, что критиковалось, какие аргументы приводились за и против, кто критиковал. На этих конференциях докладывали поучительные наблюдения из клинической практики. На суд аудитории выносили случаи с неясным диагнозом, уникальные оперативные вмешательства, результаты лечения сложных больных.

На конференциях оттачивалось ораторское мастерство докладчиков, умение доложить свой материал, тактично задавать вопросы и отвечать на них, вести научную дискуссию с оппонентами в уважительном тоне, оценить мнение оппонентов, готовить доклад и иллюстративный материал, выделить главное, обратив внимание аудитории на сложные или нерешенные проблемы и возможные перспективы изучения обсуждаемой проблемы.

В первое время бывали срывы: некоторые научные сотрудники либо игнорировали поручение выступления с докладом, либо гото-

вили его на низком теоретическом уровне, либо плохо готовили иллюстративную часть. Все эти случаи по моему поручению руководители должны были разобрать в клиниках и лабораториях и доложить о принятых мерах.

С течением времени необходимость в репрессивных мерах отпала, поскольку каждый считал за честь блеснуть своими успехами. Даже образовалась очередь для выступлений.

Особенно стремились выступить на институтской конференции диссертанты. Обсуждение диссертаций шло очень активно, вопросы и выступления с оценкой диссертации были острыми и объективными.

На институтских конференциях постепенно формировалась элита коллектива, «мозговой центр» института и претенденты для этого центра. Со временем стало отчетливо видно, насколько лучше, профессиональнее, тактичнее докладывают сотрудники института по сравнению с теми, кто приезжал с докладами или для апробации диссертаций со стороны.

Это также было хорошо видно по выступлениям на Всесоюзных и республиканских конференциях, пленумах, съездах. Многие председательствующие ставили сотрудников института в пример.

Помимо доклада, сотрудники принимали активное участие в дискуссии, их вопросы оживляли научные заседания, делали их более интересными. Они были активными участниками кулуарных дискуссий, которые, как известно, иногда бывают интереснее официальной дискуссии, где «давят» авторитеты. Помню, профессор Н.Е.Савченко попросил меня прислать как можно больше докладов с Украины на I съезд белорусских урологов. Он опасался, что сами они не смогут «потянуть» съезд. Наши сотрудники представили 20 докладов по тематике съезда. Съезд прошел хорошо, в том числе благодаря нашему участию, на что обратили внимание участники съезда и председатель Н.Е.Савченко в заключительном слове. Все это стало возможным потому, что в институте был большой портфель докладов, «обкатанных» на институтских конференциях, а также потому, что в институт госпитализировали пациентов с самыми разнообразными заболеваниями.

На клинических конференциях в институте диссертантам и докладчикам задавали массу вопросов, сотрудники вели с ними научную дискуссию в уважительном тоне. Уточняли положительные и отрицательные факты, если докладчик не сумел их выделить. Диссертантам было тяжело, но если они выдерживали, успешно проходили через конференцию института, то успешная официальная защита

диссертации им была обеспечена. Репетиция защиты была генеральной в полном смысле слова.

По мере повышения научного авторитета института повысился интерес урологов, нефрологов, сексопатологов, лаборантов, рентгенологов, радиологов и др. На рабочие места приезжали специалисты не только с Украины, но и из других республик. Некоторым курсантам за время стажировки утверждали тему диссертации. Они длительно поддерживали связь с институтом, выступали с докладами на наших конференциях и, в конечном итоге, защищали диссертацию. Кроме того, руководители лабораторий и клиник проводили заседания коллективов для обсуждения текущих научно-организационных проблем.

Много времени прошло с тех пор, но сотрудники помнят институтские конференции как путь в большую урологию, сексопатологию, нефрологию.

Специализированный совет

В 1976 году в результате реформы ВАКа, перевода его из Министерства образования СССР в ведение Совета Министров СССР при институте был создан специализированный совет по защите докторских диссертаций по урологии. Кроме нашего института докторские и кандидатские диссертации принимали к защите в Москве, а через несколько лет разрешили принимать к защите кандидатские диссертации в Ташкенте.

География приезжавших на защиту диссертаций в институт была весьма обширная: Украина, Белоруссия, Грузия, Азербайджан, Казахстан, Узбекистан, Армения, Северный Кавказ, Ленинград, Прибалтика, Дальний Восток.

Наличие специализированного совета по защите диссертаций значительно повысило роль института в подготовке кадров урологов высшей квалификации в стране. Учитывая высокие требования, которые предъявлял ВАК к диссертациям, институтам рекомендовалось проведение предварительной защиты диссертаций претендентами.

В институте был накоплен опыт предварительной защиты диссертаций сотрудниками. Обсуждались как диссертация в целом, так и отдельные главы. Все замечания диссертант имел возможность обсудить и исправить. Это существенно улучшало диссертационную работу. А как быть с иногородними диссертантами. Они привозили переплетенную диссертацию, рекомендованную к защите советом

местного института. Как проводить предварительное рассмотрение, прежде чем брать к официальной защите?

При предварительном рассмотрении диссертаций закавказских и среднеазиатских урологов выявлялось много неточностей, научно не обоснованных формулировок. Обращалось внимание на факты, которые диссертант в своей работе не заметил. Мне как председателю совета после предварительной защиты приходилось приглашать сотрудников института Е.Я.Барана, А.С.Переверзева, И.Ф.Юнду, Л.П.Имшенецкую, А.М.Романенко, Т.К.Кульчицкую, В.В.Суслова, А.Е.Суходольскую, Ю.Г.Единоного и просить поработать с претендентом над текстом диссертации, помочь диссертанту выделить главное, устранить недостатки или уточнить формулировки выводов. Мы стремились показать диссертантам важность того, что они сделали, но по неопытности не сумели оценить и донести до читателя.

Диссертации украинских, белорусских и ленинградских соискателей отличались высоким профессионализмом, в них изменения были минимальными.

Наличие специализированного совета значительно увеличило приток иногородних урологов. Некоторые из них после защиты диссертации задерживались на 2—3 недели, учились в лабораториях и клиниках.

Систематические заседания совета с участием ведущих урологов страны, обсуждение актуальных вопросов урологии давало возможность сотрудникам института повышать теоретический уровень, слушать выступления оппонентов — ведущих ученых страны, это была настоящая школа.

Я не помню случая, чтобы мы делали скидки диссертантам, если видели, что диссертация слабая. Мы либо не принимали ее к защите, но чаще, особенно если это были практические врачи, оказывали существенную научно-консультативную помощь, если полагали, что тема актуальная, собран достаточный клинический и экспериментальный материал.

Я руководил специализированным советом 11 лет. Все эти годы секретарем совета был Д.А.Сеймивский. Он хорошо овладел методикой оформления документации для ВАКа. За все годы работы ВАК не отклонил и не вернул ни одной диссертации. Лишь в одной диссертации, касавшейся санаторно-курортного лечения пиелонефрита, оппонент ВАКа не согласился с нашими оппонентами, которые не были курортологами, но в проблеме пиелонефрита были специалистами. После повторной защиты ВАК присвоил диссертанту ученую степень кандидата медицинских наук.

С 1976 по 1987 годы в руководимом мною совете защищены 189 диссертаций: 27 докторских и 162 кандидатских. Эти цифры свидетельствуют о подготовке высших научных кадров урологов и об интенсивной работе членов совета. Как председателя специализированного совета по урологии ВАК дважды вызывал меня для отчета о проделанной работе. Первый раз в 1979 году члены ВАКа обратили внимание, что в Украине защищается много кандидатских диссертаций. Спросили меня, чем это обусловлено. Дело в том, что в 1970 году приказом министра здравоохранения СССР Б.В.Петровского были созданы кафедры урологии в институтах I категории. Вновь назначенные заведующие кафедрами стали интенсивно готовить кандидатов наук из ассистентов, практических врачей, клинических ординаторов, аспирантов. Экспертная комиссия ВАКа под руководством профессора В.С.Савельева работу руководимого мною совета признала удовлетворительной. Во второй раз меня вызвали в ВАК в связи с защитой кандидатской диссертации Квятковской, ассистента кафедры топографической анатомии Днепропетровского медицинского института, руководителем у которой был А.В.Люлько. Это была одна из лучших диссертаций, защищенных в специализированном совете института. Она включала клиническую и экспериментальную части. Материала было более чем достаточно. Диссертант хорошо, академично, грамотно, красиво защищалась. У нее была правильная красивая речь. Почему по поводу диссертации Квятковской меня вызвали в ВАК, я не понимал. Просмотрели с Д.А.Сеймивским все имеющиеся у нас материалы, все в абсолютном порядке. Поехал на заседание ВАКа. Там встретил Квятковскую с отцом. Отец ее был директором какого-то технического НИИ в Днепропетровске. Ей тоже не сообщили причины вызова в ВАК.

На заседание экспертной комиссии первым пригласили меня. Я изложил свою точку зрения, опираясь на конкретный материал диссертации, выводы, выступления оппонентов, результаты голосования, заключение специализированного совета.

— Виктор Сергеевич, — говорю председателю комиссии профессору Савельеву, — причина вызова меня и диссертанта на заседание экспертной комиссии ВАКа мне не ясна. Может быть, у вас есть ко мне конкретные вопросы?

Конкретных вопросов не было ни у В.С.Савельева, ни у других членов экспертной комиссии.

Кто-то за моей спиной тихонечко произнес:

— Была анонимка.

— Ах да, анонимка! Да, да, анонимка — подхватили несколько человек. Это разрядило создавшуюся обстановку. Но анонимку не показали.

От комиссии ВАКа выступил один из экспертов, кажется, из клиники Ю.А.Пытеля. Ничего плохого о диссертации не сказал. Все требования ВАКа, предъявляемые к диссертации, в ней выполнены.

— Хорошо, — резюмировал В.С.Савельев, — пригласите диссертанта.

Для порядка ей задали вопросы В.С.Савельев и еще некоторые члены экспертной комиссии, на которые она исчерпывающе ответила.

— Доктор Квятковская, я поздравляю вас с присвоением ученой степени кандидата медицинских наук. Можно сказать, в канун 8 Марта (дело было 5 марта) вы сделали сами себе дорогой подарок. Не останавливайтесь на достигнутом, желаем успеха.

С этим мы покинули заседание экспертного совета ВАКа.

Через непродолжительное время Квятковская в нашем же совете прекрасно защитила докторскую диссертацию. Она очень способный ученый, сейчас заведует кафедрой.

Визит министров

В 1975 году министром здравоохранения стал А.Е.Романенко. Он пригласил Б.В.Петровского — министра здравоохранения СССР. Маршрут двух министров и заведующего отделом науки ЦК Компартии Украины Ф.М.Рудича включал посещение института урологии. Рассказывая об институте, я упомянул, что клиники финансируются и подчиняются главному врачу больницы для обслуживания водников Днепровского бассейна... Б.В.Петровский остановил меня и обратился к А.Е.Романенко с вопросом:

— Анатолий Ефимович, что общего у института урологии и больницы для обслуживания водников Днепровского бассейна?

И не ожидая объяснений распорядился:

— Разъедините два эти учреждения.

Вскоре А.Е.Романенко подписал соответствующий приказ, и с 1976 года мы стали независимыми соседями. Нас объединял только пищеблок: институт за питание больных перечислял деньги больнице.

Борис Васильевич обошел весь институт, начиная с 8-го этажа — операционной и реанимационного отделения и кончая административной частью. Палаты и больных он смотрел выборочно. У меня было достаточно времени поговорить с ним как хирургу с хирургом.

Принимая во внимание, что Борис Васильевич — выдающийся хирург современности, я задержал его внимание на нескольких больных, которые могли его заинтересовать, лечение которых делает честь институту. Он был приятно удивлен, что урологи института владеют методикой резекции почечной артерии по поводу сужения и аневризмы, трансортальной интимэктомии, которые он пропагандировал среди сосудистых хирургов, что мы широко применяем пластику мочеточников с использованием стенки кишечника при нейромышечной дисплазии. Одобрил внедрение программного гемодиализа и трансплантации почки. Поддержал наше решение об отказе от пересадки почки от живого донора. Мы обсудили наблюдение благоприятного исхода удаления аневризмы правой подпочечной артерии. Ему такую операцию сделать не удалось, хотя он специально занимался этой проблемой и написал книгу в 1949 году.

Меня очень обрадовало сообщение Б.В.Петровского о посещении урологического отделения в Запорожье, которым заведовал мой заочный аспирант М.Весельский. После выполнения 150 операций неотложной аденомэктомии не было ни одного смертельного исхода. Его министр похвалил, а мне сказал: вот такие диссертации нужно планировать.

В целом, посещением института Б.В.Петровский остался доволен. Ему не понравилось, что в операционной красная полоса была почти стерта, о ней можно было только догадываться, а в кабинете директора нет необходимых условий для приема гостей. Его замечание было кстати, потому что после визита министров нас посещало много гостей.

Министры и сопровождающие их лица обратили внимание, что в палатах, холлах, коридорах института много картин. Возник вопрос, откуда они. Как-то на пленуме горкома Компартии Украины я разговаривал с Морозом, руководителем художественного фонда Союза художников Украины. Он жаловался, что им некуда складывать картины. В итоге нашего разговора и договора Художественный фонд Украины передал нам на хранение 150 картин, которые мы разместили в палатах, холлах, коридорах, вестибюлях. Это было очень удачное начинание. Больные долго и внимательно рассматривали картины, которые им что-то напоминали и хоть на короткое время отвлекали от больничной действительности.

Секретарю комитета комсомола я поручил под каждой картиной дать небольшую справку о художнике. Это оказалось не такой простой работой, поскольку имен многих художников не оказалось в каталоге, пришлось у работников Художественного фонда уточнять данные о малоизвестных и начинающих художниках.

У меня тоже были любимые картины. Их повесили на лестничной клетке, по которой я, выйдя из операционной, спускался вниз. Каждый раз в картинах я видел что-то новое, их преображало освещение. Картины меня успокаивали и снимали усталость, накопившуюся во время операции.

Работники Художественного фонда по достоинству оценили участие института в пропаганде произведений украинских художников и дополнительно выделили нам еще 100 полотен. Так институт активно пропагандировал творчество украинских художников.

После посещения института двумя министрами и сопровождавшими их работниками ЦК и Киевского горкома Компартии Украины, институт был включен в список учреждений, которые официально разрешено показывать иностранцам.

Иностранные гости

В Киевские научно-исследовательские институты с начала 70-х годов зачастили иностранные гости. Вначале это были в основном представители фармацевтических фирм Венгрии, Югославии, Австрии, Польши, Японии. Украина, да и вообще СССР медикаментозных препаратов выпускали мало, поэтому закупки импортных лекарств были большие. В последующем нас посещали делегации Дании, Швеции, Финляндии, Англии, Индии, Анголы, арабских стран, Кореи, Вьетнама, Боливии, Аргентины и др.

Иностранные фармацевтические фирмы предлагали свои препараты для апробации (с разрешения Фармкомитета СССР), проводили симпозиумы, конференции, «круглые столы», на которых знакомили сотрудников с фармакологическим действием предлагаемых препаратов. Издавались труды конференций. К обсуждению лечебного действия препаратов привлекались наши ученые и практические врачи. В целом следует отметить полезную деятельность фармацевтических фирм, поскольку они не только предлагали товар, но с помощью конференций знакомили с его лечебным действием и побочными реакциями.

Вся эта работа осуществлялась под контролем отдела внешних сношений Министерства здравоохранения Украины. Конференции заканчивались небольшим приемом в институте либо фирма устраивала небольшой фуршет в ресторане для наших ученых. Обсуждались не только медико-фармацевтические проблемы и возможности сотрудничества, но и чисто житейские. Помню, осенью 1970 года меня поставили в известность, что в среду мы должны принять фармацевтов

из Венгрии. Они приготовили для участников конференции специальные папки с необходимыми фармацевтическими проспектами.

Я узнал, что накануне они проводят подобную конференцию в одной из больниц Киева. Когда я зашел в вестибюль, увидел столпотворение врачей, пришедших за папками с проспектами. Многих посетителей больше интересовала не конференция, а эти папки. Папки действительно были хорошего качества, удобные. Пока не раздали папки, конференцию просто невозможно было начать. Папок всем не хватило. Недовольные, указывая на свои заслуги в прошлом и настоящем, возмущались, что им не достались папки, мешая проведению конференции. Сцена не из приятных, особенно в присутствии иностранцев.

Я подумал, такое завтра может быть у нас. До обеда я присутствовал на конференции. Посмотрел что и как. Опыта в проведении подобных мероприятий у нас не было, поэтому придирчиво присматривался ко всему. Больше всего меня смущала раздача папок. Те, кому не достались папки, пытались узнать, где завтра будет такая конференция, чтобы успеть пораньше. То, что я видел сегодня, меня не вдохновляло.

К концу дня в институт привезли около 100 папок с проспектами венгерских препаратов. Я пригласил руководителей и предложил раздать папки по количеству научных сотрудников в лабораториях и клиниках. Разошлись почти все папки.

Назавтра с самого утра люди пришли за папками. Они не верили, что папок раздавать не будут. Они точно знали, что вчера папки завезли, но не знали, что вчера я распорядился раздать их сотрудникам института.

Как и планировалось, конференция началась ровно в 10 часов, продолжалась до 2 часов. После конференции был организован небольшой фуршет, на котором продолжилось обсуждение затронутых вопросов, и, как было принято, обе стороны на память делали фотографии.

Более подробно расскажу о двух делегациях — журналистов и американских врачей.

В связи с празднованием 60-летия газеты «Правда» в 1977 году в СССР пригласили журналистов из многих стран мира. Еще до юбилея газеты мне позвонили из Министерства иностранных дел Украины и просили принять на один день 30 журналистов, гостей газеты «Правда». Я дал такое согласие. Я никому не докладывал о просьбе Министерства иностранных дел, полагая, что они, как и меня, поставили в известность Минздрав Украины, партийные органы города и не только...

В день визита в институт приехали работники идеологического отдела горкома Компартии Украины выяснить, как мы будем встречать гостей.

К встрече мы подготовились. Выделили трех человек, которые знали иностранные языки и могли объясняться с гостями. Подготовили два кинофильма: дробление камней мочевого пузыря — профессора Ю.Г.Единоного, и мой — пластика мочеточника с использованием стенки кишечника, а также рассказ об институте, его ученых и демонстрацию больного после пересадки почки от трупа. Программа рассчитана на два часа, как меня предупредили в Министерстве иностранных дел Украины. Наша готовность к приему гостей полностью удовлетворила визитеров из горкома Компартии Украины. Они остались в качестве наблюдающих.

В 10 часов утра приехали 27 журналистов из разных стран и со всех континентов. Один американский журналист был с женой.

В конференц-зале в течение получаса я рассказал им о создании института, его научных подразделениях, научных направлениях, связях с зарубежными специалистами, представил ведущих ученых института. Вопросов мне не задали. Журналисты многое записывали в блокнотах.

Е.Я.Баран первым продемонстрировал больного, которому 4 года тому назад была пересажена почка от трупа. Пациент работает слесарем в автогараже, чувствует себя хорошо. Е.Я.Барану задавали много вопросов. Журналисты поинтересовались, кто оперировал больного. Е.Я.Баран указал на меня. Я уточнил: оперировала бригада во главе со мной, в которую входил и доктор Е.Я.Баран, и добавил, что пересадка почки — коллективный труд многих специалистов, все они подготовлены в институте.

Ю.Г.Единьный продемонстрировал фильм. Нужно сказать, что фильм был снят исключительно талантливо. В нем очень четко даже для неспециалистов было видно, как под влиянием электрогидравлического эффекта в мочевом пузыре разрушается камень, с помощью специального устройства осколки камня эвакуировали из мочевого пузыря. По данным контрольной рентгенографии камня в мочевом пузыре не стало.

Фильм произвел ошеломляющее впечатление на присутствующих журналистов. В конце я сообщил, что аппарат «Урат», сконструированный профессором Ю.Г.Единьным, используют во многих зарубежных странах. США купили лицензию на производство аппаратов у себя. Значение открытия и изобретения профессора Ю.Г.Единоного состоит в том, что он впервые в мире предложил аппа-

рат и метод электрогидравлического разрушения камней в мочевом пузыре, а также создал оригинальные инструменты. На основе достижений профессора Ю.Г.Единогo сейчас активно разрабатываются аппараты для дробления камней в почках и мочеточниках. Все это записывали журналисты с Запада. Пусть знают, что у нас имеются ученые мирового класса и один из них — профессор Ю.Г.Единьгй.

В конце был продемонстрирован профессионально сделанный фильм — замена дефектного мочеточника сегментом тонкой кишки. Фильм был менее понятен для неподготовленной аудитории, но они поняли, что для спасения почки можно применять пластические вмешательства.

После того как журналисты увидели меня на экране в качестве оперирующего хирурга, отношение ко мне сразу изменилось. Вначале они видели во мне администратора, каких много. В кинофильме они увидели хирурга, выполняющего сложную операцию на почках, мочеточнике и кишечнике. Два часа пролетели быстро, мы уложились в срок. Но наши гости не торопились нас покинуть, забросали многочисленными вопросами, на которые мы старались дать исчерпывающие ответы, подчеркивая при этом, что лечение у нас бесплатное.

Еще одна подробность. Американский журналист поинтересовался, нельзя ли в институте проконсультировать его жену. Это было связано с некоторыми формальностями, но они были улажены. Пока мы занимали своих гостей, женщину обследовали. Через 1,5 часа врачи дали заключение. Как потом выяснилось, оно было более полным, чем заключение американских урологов. Что это было — проверка врачей института или желание пациентки лишний раз убедиться в правильности диагноза? Наверное, и то и другое.

Визитом журналистов все остались довольны. Сотрудники института — тем, что могли показать высший класс лечебной и научно-исследовательской работы; наши гости — тем, что они впервые увидели, как дробят камни в мочевом пузыре, что их можно удалить без операции; что почку можно спасти, выполнив пластическую операцию. Работники Минздрава Украины и Киевского горкома Компартии Украины остались довольны тем, что все прошло на высшем уровне, профессионально и культурно.

Помнится, мне даже передали благодарность от первого секретаря горкома, правда, на словах, за хорошую организацию визита журналистов — гостей газеты «Правда».

Вторым памятным визитом был прием 6 американских урологов, которые посетили сначала Москву, а затем были направлены в Киев.

Как оказалось, это были крупные американские урологи, профессора колледжей. Как известно, у нас иностранные языки знают плохо. Американцы, как правило, кроме своего языка, других не знают. Поэтому, чтобы визит был более продуктивным, чтобы показать наши достижения и возможности, я заранее приготовил наиболее демонстративные рентгенограммы по пластической и восстановительной урологии. Времени было достаточно. У всех была возможность детально изучить рентгенограммы, сделанные до операции и в различные сроки после нее. Так, за чашкой кофе и рюмкой коньяка три часа пролетели незаметно. Объяснялись не только с помощью слов, рентгенограмм, но и схем операций. Это было в четверг, в ноябре.

Я так пишу об этом потому, что спустя месяц я получил письмо из США от профессора Лимского университета Бернса, который написал, что настоящую пользу от визита в СССР они получили от пребывания у нас во второй четверг ноября месяца. Он сообщил, что является автором IV тома Международной урологической энциклопедии, изданной в Гамбурге, посвященного эндоскопическим исследованиям. Ученый написал, что если у меня нет этого тома, он будет счастлив презентовать его. Просил указать точный адрес, по которому он мог бы прислать мне книгу. Я письмом поблагодарил за теплое письмо и сообщил адрес, по которому мне можно выслать IV том энциклопедии.

Книгу я получил с прекрасной надписью. Невольно задал себе вопрос, что это, долг вежливости, любезность или действительно высокая оценка того, что мы показывали и говорили американским урологам?

В книге почетных гостей ученые сделали замечательную общую запись, а потом каждый из них одним-двумя словами высказался похвально о визите в институт.

Я многократно выезжал на различные форумы по урологии за рубежом: в Италию, Францию, ГДР, Польшу, Египет, Югославию и др. На 18-м Международном съезде урологов в июле 1970 года в числе делегатов был принят мэром Парижа Жаком Шираком.

ГЛАВНЫЙ УРОЛОГ МИНЗДРАВА УКРАИНЫ

В 60—70-х годах в стране почти повсеместно произошла смена поколения урологов, перенесшего тяготы Великой Отечественной войны и послевоенной разрухи.

От активной профессорской деятельности отошли: Андроник Архипович Чайка, Петр Исаевич Гельфер, Борис Леонидович Полонский, чуть позже — Ольга Васильевна Проскура. В Киеве на их место пришли Ю.Г.Единый, С.В.Голигорский, П.М.Федорченко, В.С.Карпенко, И.Ф.Юнда, А.П.Пелешук, В.С.Гагаринов, Л.А.Пыриг.

В Харькове кафедрой урологии мединститута стал заведовать В.И.Шаповал, в Институте усовершенствования врачей — Ф.А.Клепиков. В Винницком мединституте М.В.Пиневи́ча сменил П.П.Пивоваров, в Луганске М.А.Гришина — В.Пипенин. В Донецке ушли из жизни хирурги К.Т.Овнатанян и Л.Г.Смоляк, которые активно занимались урологией. Во Львове ушел из жизни Пластунов, кафедрой стал заведовать Ц.К.Боржиевский.

В Минске трагически погиб профессор А.И.Михельсон, урологию возглавили М.Н.Жукова, затем Н.Е.Савченко и В.А.Мохорт.

В Ленинграде А.М.Гаспаряна и М.Н.Жукову сменили В.Н.Ткачук и О.Л.Тиктинский.

Смена поколений не обошла и Москву. А.Я.Пытеля сменил Н.А.Лопаткин; в Баку уехал М.Д.Джавад-Заде. А.П.Фрумкина сменил Д.В.Кан. Ю.А.Пытель перешел на кафедру урологии 1-го Московского медицинского института после смерти И.М.Эпштейна. После ухода на пенсию А.Я.Абрамяна в МОНИКИ клинику возглавила М.Ф.Трапезникова. Ушел из жизни Л.И.Дунаевский.

Вторая половина 60-х и начало 70-х годов характеризовались интенсивным развитием здравоохранения в Украине. Повсеместно шло строительство лечебных учреждений. В системе Минздрава

Украины было организовано несколько научно-исследовательских институтов медицинского профиля. Вновь открываемые больницы в областных центрах и крупных городах были многопрофильными, неплохо оснащенными по тому времени диагностическими и лечебными учреждениями.

В становлении здравоохранения в Украине основной акцент был сделан на развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи населению. Необходимость развития специализированной урологической помощи диктовалась высокой заболеваемостью мочеполовых органов: 1169 на 100 000 населения. Наиболее частыми заболеваниями были: воспалительные (60%), мочекаменная болезнь (17%), онкологические (6%), туберкулез (1,8%), на прочие урологические болезни приходилось 15%.

Количество урологических коек, приемов, урологов и их квалификация в то время были недостаточными, чтобы обеспечить население Украины специализированной урологической помощью.

Специализация и повышение квалификации не соответствовали требованиям времени. В 1969 году специализацию по урологии прошли 36 врачей, усовершенствование на кафедрах урологии института усовершенствования врачей — 60, 58 урологов обучались на местных базах, что при интенсивном развитии урологической службы было крайне недостаточно.

Урологические приемы были перегружены: на 1 прием приходилось в среднем 78 600 больных в год.

До 1969 года институт урологии и нефрологии, не имея собственных клинических баз, фактически не мог оказывать помощь практическому здравоохранению, она ограничивалась лишь консультациями.

Предложение министра

Летом 1970 года В.Д.Братусь пригласил меня и предложил занять должность Главного уролога Минздрава Украины.

Во время беседы Василий Дмитриевич очень лестно отозвался об О.В.Проскуре. Она длительное время была Главным урологом Минздрава УССР, сменив А.А.Чайку. Однако она просила министра освободить ее от этой должности.

Министр обещал удовлетворить ее просьбу после того, как ознакомится с моими деловыми и профессиональными качествами.

В.Д.Братусь рассказывал мне о представителях семьи Проскуры. Ольга Васильевна и писатель К.Паустовский были двоюродными

братом и сестрой. Младшая дочь их бабушки Викентии Ивановны Высочанской Вера Григорьевна вышла замуж за юриста В.Ф.Проскуру. У них было две дочери — старшая Мария и младшая Ольга. Впоследствии Ольга Васильевна вышла замуж за Е.И.Чайку (заведующего кафедрой патологической анатомии Киевского мединститута), который состоял в родстве с Андроником Архиповичем Чайкой. Не исключено, что под влиянием А.А.Чайки Ольга Васильевна избрала своей специальностью урологию. Во всяком случае, в его клинике она оформилась как специалист, написала докторскую диссертацию, в последующем возглавила кафедру урологии Киевского института усовершенствования врачей.

Василий Дмитриевич позвонил Ольге Васильевне и попросил ее приехать к нему. Он очень тепло приветствовал Ольгу Васильевну, напомнил ей о ее просьбе, поблагодарил за многолетний труд и сказал, что если она не изменила своего решения, он готов освободить ее от должности Главного уролога, предложив назначить на это место меня. Вопрос по обоюдному согласию сторон был решен. Я был восхищен уважением, вежливостью и тактичностью министра в отношении Ольги Васильевны, уважительным отношением к заслуженному работнику при освобождении от должности в Минздраве Украины.

Василий Дмитриевич посоветовал мне с начальником Главного лечебного управления В.М. Козлюком составить план развития урологической службы на большую перспективу. Такой план был составлен на 10 лет и предусматривал следующие направления.

1. Изучение динамики, уровня и структуры урологической заболеваемости и причин смертности в Украине.
2. Аттестация врачей и плановая последипломная подготовка урологов в институтах, на факультетах усовершенствования врачей, в Институте урологии и на местных базах.
3. Создание урологических отделений на 30—60 коек с постепенным высвобождением урологических коек из состава хирургических отделений, размещение новых отделений в крупных многопрофильных больницах и приближение штатных структур к нуждам урологической службы.
4. Организация межрайонных урологических отделений в сельской местности.
5. Внедрение новых методов диагностики и лечения урологических заболеваний.
6. Систематическая подготовка методических рекомендаций, информационных листов о новых методах диагностики и лечения урологических заболеваний.

7. Плановое проведение съездов, пленумов урологов, межобластных, областных конференций и семинаров по вопросам урологии.

8. Освещение в межведомственном сборнике «Урология» актуальных вопросов урологии.

9. Развитие трансплантации почки в республике.

10. Подготовка справки для Минздрава Украины о развитии урологической службы Украины за истекший год.

Перспективный план развития урологической службы в Украине состоялся в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР №50, в подготовке проекта которого активное участие принимал институт урологии.

В приказе министра здравоохранения СССР Б.В.Петровского «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию урологической помощи населению страны» в мои обязанности вменялось «до 1 сентября 1971 года разработать и представить на утверждение министру здравоохранения СССР проект перечня урологических заболеваний, по поводу которых больные подлежат диспансерному наблюдению у врачей-урологов, и инструктивно-методические указания по диспансеризации». Приказ № 50 имел судьбоносное значение для развития урологической науки, практической урологической службы в здравоохранении, подготовки кадров урологов.

Первое урологическое отделение в России было создано Феофилом Игнатьевичем Вдовиковским, доктором медицины, в Одессе в середине 60-х годов XIX в.

Урологическая служба в 1969 году (цитирую по справочнику 1970 года) включала 5517 коек для взрослых, 175 — для детей, 328 онкологических, 1058 уротуберкулезных (в санаториях и туберкулезных диспансерах); урологических приемов — 544; число врачей-урологов — 925, в том числе высшей категории — 61, первой — 202, остальные имели 2—3 категорию или не были аттестованы вовсе. Обеспеченность населения урологическими койками составляла 0,11, врачами-урологами — 0,20. Качество специализации и усовершенствования в институтах и на местных базах не соответствовало требованиям времени.

В 1969 году урологическая служба была не в состоянии обеспечить население Украины специализированной помощью на высоком уровне из-за низкой квалификации урологов и неравномерного распространения сети специализированных учебных учреждений.

Урологическая заболеваемость в структуре общей заболеваемости составляла всего 1%. Поэтому на нее обращали незаслуженно мало внимания, хотя она сопровождается высокой инвалидизацией.

Можно совершенно определенно сказать, что урологической помощью стали интересоваться более предметно с 1965 года, с момента организации Киевского института урологии и нефрологии, по мере изучения уровня и структуры урологической и нефрологической заболеваемости.

Этому способствовала Всесоюзная перепись населения в 1970 году. В ходе переписи было изучено состояние здоровья населения Украины.

Исследование уронефрологической заболеваемости проводилось в Приднепровском и Юго-Западном районах Украины, где в 1968 году проживало около 25% всего населения. Госплан УССР был заинтересован в этой работе, выделил Л.П.Павловой финансы и время в своем вычислительном центре. Данные, полученные в результате проведенной научной работы, объективно показали состояние и уровень уронефрологической заболеваемости и послужили научным обоснованием для развития уронефрологической службы в Украине в последующие два десятилетия.

Копию научного отчета «Об уровне и структуре урологической заболеваемости» в Украине запросило Министерство здравоохранения СССР.

Указанные разработки были представлены мной в Главное лечебное управление Минздрава СССР. В соответствии с решением коллегии Минздрава СССР от 15.01.70 г. Институт им. Н.А.Семашко (Москва) по нашим разработкам составил нормативы потребности населения страны в стационарной и поликлинической помощи урологическим больным.

Ежегодно по итогам года в институте издавались «Основные показатели урологической и нефрологической помощи в УССР», в дальнейшем — Справочник.

Ежегодно издаваемый Справочник был как бы камертоном правильности направления наших усилий в развитии и совершенствовании урологической службы в Украине и в Союзе.

Справочник получил широкую популярность в министерствах всех республик бывшего СССР. При задержке с его выпуском и пересылкой нас постоянно запрашивали о Справочнике.

В таблицах Справочника было отражено состояние урологической службы и помощи за каждый год по каждой области. Каждый руководитель урологического подразделения мог видеть, на каком «уровне» он находится по сравнению со своими соседями (коллегами). Это облегчало проведение семинаров, которые мы ежегодно организовывали после составления очередного Справочника с

главными урологами областей, по совершенствованию работы урологических отделений и поликлинических кабинетов.

Ежегодные семинары с главными урологами проводили предметно, поскольку мы располагали статистическим материалом по каждой области, начиная с 1968 года. Показатели подготовки кадров, расширение амбулаторно-поликлинической сети, открытие урологических отделений, длительность лечения больных в стационаре, разбор качественных параметров лечения урологических больных, частоты осложнений и смертности, позволяли анализировать тенденции развития урологической службы, намечать пути их улучшения. На этих семинарах обсуждали вопросы последипломной подготовки урологов, поскольку к нам приходили выпускники институтов, анализировали причины возникновения жалоб пациентов.

Жалоб было немало. Все письма можно разделить на две группы.

1. Письма, в которых больные выражали неудовольствие проведенным лечением.

2. Письма, в которых больные и их родственники писали о грубости и черствости медицинского персонала во время лечения.

Наиболее часто разногласия между больными и врачами возникают по вине самих врачей, особенно в больших коллективах.

Некоторые из молодых или не очень молодых, но недостаточно образованных врачей, желая показать свою ученость больному, рассказывают об этиологии, патогенезе, методах лечения, исходах болезни; перемежая русские термины с латынью, которую, кстати, мы все плохо знаем, но она придает рассказу врача «ученость». Больной думает: раз мне непонятно, а он так ловко говорит, значит, он опытный врач. А он просто демагог.

Обо всем этом я узнаю от больных, когда у них возникают сомнения. За разъяснением они идут к профессору. Теперь в клиниках появились интерны. Они тоже консультируют больных. Я уже устал вести индивидуальные беседы с врачами, но неустанно повторяю утром на конференциях: окончательное мнение скажем больному на обходе. Свое мнение высказывайте на пятиминутках, его обсудим и решим, внести его в окончательное решение клиники или нет.

Письма второй группы превалировали. В них на первом плане были нарушения элементарных правил обращения врача с больным. Удели врач на 10—15 минут больше внимания, разъясни больному и родственникам суть и тяжесть заболевания, сложности лечения, скажи им об их роли в лечении больного, большей части жалоб не было бы. В письмах было указано, что объяснения давались отрывочно, на ходу, между делом. При неудачном лечении трудно было

добиться направления на консультацию к более опытному специалисту, поэтому часто были просьбы о консультации. Все это свидетельствовало о низкой культуре врачей. На эти вопросы мы обращали внимание главных областных урологов на ежегодных семинарах.

Уже тогда я оценил целесообразность совмещения должности директора института и Главного уролога Минздрава Украины. Как директору головного института должность Главного уролога помогала мне активно влиять на развитие урологической службы и улучшение урологической помощи путем подготовки кадров специалистов на базе института; способствовала внедрению научных разработок в практическое здравоохранение, изданию учебных пособий, руководств, монографий по актуальным проблемам урологии; упрощала общение с руководителями областных отделов здравоохранения.

В 1971 году мне была вручена первая государственная награда за мирный труд — орден Трудового Красного Знамени.

Создание кафедр урологии

Своим приказом № 50 министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский обязывал создать кафедры урологии в медицинских институтах I категории. В соответствии с этим приказом в Украине были созданы кафедры урологии в Донецком, Одесском, Днепропетровском, Львовском, Запорожском и Луганском мединститутах. Вместе с кафедрами урологии институтов усовершенствования врачей в Украине создано 10 кафедр урологии. Но и этого оказалось мало на том этапе, поэтому для подготовки специалистов были созданы факультеты усовершенствования врачей при институтах I категории.

Организация кафедр урологии в мединститутах, несмотря на приказ министра, не везде шла гладко.

В Донецком мединституте курс урологии читался на кафедре факультетской хирургии. К.Т. Овнатаян был решительным противником создания кафедры урологии путем разделения его клиники. Выход был найден. На территории областной больницы был введен новый хирургический корпус, где разместили кафедры урологии и общей хирургии.

В Днепропетровске ректор мединститута И.И. Крыжановская долгое время не хотела открывать кафедру урологии. Лишь после нашей третьей беседы она согласилась организовать кафедру урологии во главе с В.А. Люлько, которой он успешно руководит в течение

нескольких десятилетий. Во Львове при создании кафедры урологии были свои особенности. Длительное время курсом урологии заведовал доцент М.Б. Пластунов, квалифицированный уролог, уважаемый человек. Когда он умер, ректор Львовского мединститута М.В. Даниленко не мог подыскать кандидатуру на должность заведующего кафедрой урологии. В течение длительного времени с ним работал Ц.К. Боржиевский, который начал свою врачебную деятельность как уролог, но потом возглавил отделение анестезиологии и реанимации в клинике М.В. Даниленко. К указанному времени Ц.К. Боржиевский стал доктором медицинских наук.

М.В. Даниленко просил меня принять Ц.К. Боржиевского на стажировку по урологии в институт на год, после чего он займет кафедру урологии. После некоторых колебаний я согласился, убедившись, что Ц.К. Боржиевский хорошо знает функциональную и клиническую диагностику, ведение послеоперационного периода. Ему нужно было овладеть оперативной техникой и восполнить современные знания по урологии. Все это можно было сделать у нас в институте.

В Одесском мединституте кафедрой урологии стал заведовать К.А. Великанов, в Запорожском — М.А. Гончар, в Луганском — М.А. Гришин. В связи с повсеместной организацией урологической службы мы вынуждены были принимать выпускников институтов, которые не были подготовлены к работе в урологических отделениях. С ними было много работы по овладению специальностью, вначале на местных базах. Через 4—5 лет среди них появились специалисты, подающие надежды.

Развитие урологической службы

Многие хирурги общего профиля в период организации самостоятельных урологических отделений переходили в них работать. Их также необходимо было обучить урологии. Но с ними было легче, чем с выпускниками медицинских институтов.

Постепенно была разработана система массовой подготовки кадров урологов. Такая система чревата многими недостатками. Но другого выхода тогда не было. Урологическая сеть интенсивно развивалась, нужны были кадры.

В Украине было создано несколько центров подготовки кадров урологов: в Киеве, Донецке, Днепропетровске, Львове, Харькове, Одессе, Симферополе, Запорожье, Луганске.

В 1971—1973 годах повсеместно проведена аттестация урологов. Из 1083 аттестованных, 97 присвоена высшая категория, 297 — первая, остальным — 2 и 3 категории.

В повышение квалификации урологов высшей и первой категории активно включился Институт урологии и нефрологии.

В урологических центрах началась подготовка специалистов высшей квалификации — докторов и кандидатов наук. На службу урологии, благодаря институту, привлечены радиологи, рентгенологи, нефрологи, иммунологи, биохимики, микробиологи, физиологи, морфологи, эпидемиологи.

Развитие и совершенствование стационарной урологической сети в каждой области имело свои особенности. В 1970 году проведено Республиканское совещание областных урологов, на котором обсуждались перспективы развития урологической помощи в Украине.

Создание самостоятельных урологических отделений в областных центрах и крупных городах проходило планомерно и было своевременным. Как правило, они открывались в составе крупных многопрофильных больниц, где хорошо была поставлена функциональная диагностика. Мы рекомендовали располагать урологическое отделение рядом с нефрологическим (там, где это было возможно). Опыт показал, что совместная работа урологов и нефрологов способствовала углублению знаний этиологии, патогенеза болезней, выраженности клинических симптомов, трактовки результатов функциональных исследований, методов лечения больных. Я знал, что по такому пути в организации урологической службы в 80-е годы пошли на Западе, а детские отделения сразу открыли как уронефрологические. Все это было закреплено приказом Минздрава Украины № 167 о развитии нефрологической службы в республике. На основании мнения работников здравоохранения в те годы было принято решение, что стандартное специализированное отделение должно насчитывать 60 коек. Для него были рассчитаны соответствующие штаты. В Тернопольской, Закарпатской областях количество больничных коек в области, городе, районе планировали по количеству жителей. Поэтому в урологических отделениях было 30—50 коек. Это себя оправдало.

Развитие урологической службы в сельских районах имело много сложностей.

В 60-е и 70-е годы преднамеренно разрушались села. Сельские жители массово переселялись в города. Уезжали в основном молодые люди. В повседневный лексикон вошло понятие «неперспективные села», нарушалась инфраструктура села. Стали закрывать участ-

ковые больницы. Против этого активно выступали люди пожилого возраста, поскольку их лишали медицинской помощи по месту жительства. Вместо участковых больниц открывали амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты или отделения районной больницы.

Министерство здравоохранения охотно шло на закрытие участковых больниц, поскольку их невозможно было обеспечить кадрами, диагностической аппаратурой, проводить лечение на современном уровне. Чтобы как-то приблизить специализированную помощь к жителям сельских районов, Минздрав Украины и СССР поддержали нашу идею об организации межрайонных специализированных отделений, в том числе урологических, чем мы активно занимались почти 10 лет.

Идея хорошая. На каждые 2—3 сельских района открывалось полноценное урологическое отделение, что позволяло соблюсти нормы обеспечения населения урологической помощью всех районов.

Казалось бы, это приближало специализированную помощь к населению. При проверке оказалось, что коечный фонд использовали преимущественно для жителей одного района. Госпитализация больных из смежных районов была недостаточной. Еще хуже обстояло дело с диспансеризацией и профосмотром. Урологи, как правило, не выезжали в смежные районы с ведома администрации. Не все главные врачи понимали, что смежные районы по отдельным медицинским специальностям — сфера их деятельности. Кроме того, дополнительный труд врачу никак не оплачивался.

Создание уротуберкулезных отделений не встретило особых трудностей на базах туберкулезных диспансеров, где с уменьшением частоты выявления туберкулеза легких высвобождались койки.

К 1976 году было создано 20 уротуберкулезных отделений. Кроме того, были койки в местных и республиканских санаториях. Если республиканские санатории «Солнечный», «Светлый», «Аркадия» в Крыму и Одессе работали на хорошем уровне и были достаточно оснащены, то местные санатории влачили жалкое существование.

В туберкулезных диспансерах Украины число урологических кабинетов увеличилось до 34, в основном они справлялись с поставленной задачей. В работе туберкулезных отделений возникали сложности другого рода. Больные жаловались, что у них исключали диагноз туберкулеза (после лечения), в связи с чем они лишались специальных льгот, и настаивали на их восстановлении.

Онкоурологическая сеть Украины всегда была недостаточной. Большинство больных этого профиля лечили в урологических и онкологических отделениях общего профиля. Киевское онкоурологи-

ческое отделение до 1993 года находилось в городском онкологическом диспансере в ужасных условиях, пока не вошло в строй новое здание.

Онкоурологическая служба не справлялась со своей задачей, тем более, что частота выявления рака мочевого пузыря и предстательной железы имела тенденцию к увеличению. На конец 1976 года на диспансерном учете состояли 11 952 онкоурологических больных (справочник 1975 года), а в 1985 году — 19 155. В те годы, как и сейчас, во всем мире отмечали увеличение заболеваемости раком мочевого пузыря и предстательной железы.

Детская урологическая служба до сих пор окончательно не оформилась. Самостоятельные урологические отделения имеются в университетских городах. В некоторых из них детские урологические койки входят в состав детских хирургических отделений, в других — в состав урологических отделений для взрослых.

Н.А.Лопаткин полагал, что детская урологическая сеть должна находиться под эгидой урологической службы: сохраняется преемственность в лечении, урологи лучше владеют методами функциональной диагностики. В Украине мы учитывали реально сложившееся положение. Детские урологические койки имеются в детских хирургических клиниках и урологических отделениях для взрослых.

К 1987 году в Украине была создана достаточная материальная база урологической службы: функционировали 138 урологических отделений, открыто более 750 урологических приемов. Нормативно-статистические материалы свидетельствуют, что в обеспечении населения урологическими койками и приемами мы достигли нормы, которую рекомендовала Всемирная организация здравоохранения.

Подготовка кадров оставалась наиболее важной и наиболее трудной проблемой в период интенсивного развития урологической службы. Медицинские институты выпускали врачей широкого профиля, субординатура была только по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии. Подготовкой урологов приходилось заниматься в постдипломный период. Эту работу успешно выполняли кафедры урологии и факультеты усовершенствования врачей.

В 1970 году в Украине из 940 урологов квалификацию повысили 128 врачей.

При таких темпах подготовки кадров уролог мог попасть на курсы в институт усовершенствования врачей один раз в 8—10 лет, тогда как инструкция Минздрава предписывает врачу усовершенствование квалификации каждые 5 лет.

Расширение урологической сети и значительный приток врачей в урологию еще больше усилил кризис постдипломной подготовки урологов. Последипломная подготовка урологов приобрела очень важное значение. Она улучшилась с открытием кафедр урологии и факультетов усовершенствования врачей в медицинских институтах I категории.

На краткосрочные курсы в Институт урологии, как правило, приглашали главных урологов областей и крупных городов. Их знакомили с общим уровнем развития урологии в Украине, новыми тенденциями в урологии. Такая практика себя оправдала, поскольку через главных урологов головной институт активно влиял на качественные показатели работы урологических отделений в областях.

Проблемы амбулаторной урологии

Урологические кабинеты в поликлиниках — начальное очень важное звено урологической службы, поскольку именно туда пациент обращается впервые по поводу острого или хронического заболевания. Доступность кабинетов во многом определяет дальнейшее течение и исход урологического заболевания. В поликлинике начинают и заканчивают лечение около 80% больных. Поэтому проблемы диагностики, а также амбулаторных методов лечения требуют пристального внимания и совершенствования.

Организации урологических приемов в 1970—1980 годах уделяли большое внимание. Амбулаторный врач был в центре внимания. Прежде всего был определен круг его обязанностей:

- знание ранних симптомов наиболее распространенных урологических заболеваний, изучение данных анамнеза, выявление основных жалоб;
- умение обследовать больных (пальпация, перкуссия, аускультация, пальцевое исследование предстательной железы);
- владение урологическими методами обследования: цистоскопия, хромоцистоскопия, умение анализировать рентгенограммы и урограммы;
- умение анализировать данные клинических и биохимических анализов крови и мочи;
- знание действия современных лекарственных препаратов;
- умение лечить амбулаторно пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, и которым не показано оперативное вмешательство;
- умение лечить больных после операции;

— работа в контакте с участковым врачом, онкоурологом и фтизиоурологом;

— знание вопросов трудовой экспертизы, диспансеризации и санитарного просвещения;

— совместно с урологическими центрами осуществление централизованной диспансеризации оперированных больных.

Увеличение количества урологических кабинетов сделало более доступной специализированную помощь больным. За год было в среднем 4,5 миллионов посещений кабинетов. Расширение амбулаторно-поликлинической сети позволило более детально обследовать больных. Для облегчения и унификации работы амбулаторных урологов были написаны руководства: «Амбулаторная урология», а также «Функциональная диагностика в урологии и нефрологии». Сотрудники института регулярно выпускали методические рекомендации, информационные письма. Предложены: поэтапный перечень диагностических и лечебных мероприятий при основных урологических и нефрологических заболеваниях, рекомендации для лечения аденомы и рака предстательной железы, гидронефроза, простатита и др. Кроме того, в издательстве «Здоров'я» вышли в свет несколько монографий и практических руководств сотрудников института и кафедр.

Мы добивались открытия урологических кабинетов в центральных районных и крупных городских больницах. В областных центрах открывали консультативные приемы по урологии, уротуберкулезу, уроонкологии и детской урологии. Существенную роль в оказании консультативно-лечебной помощи пациентам с урологическими заболеваниями оказывала консультативная поликлиника института, в работе которой участвовали все ведущие специалисты. При необходимости в течение дня можно было провести комплексное обследование больного или дополнить исследования, которые не смогли сделать пациенту по месту жительства.

Несмотря на то, что количественные показатели развития амбулаторно-поликлинической сети из года в год улучшались, качество лечебно-диагностической работы улучшалось медленно.

Обусловлено это было многими причинами, прежде всего кадровыми. Многие урологические приемы были укомплектованы урологами-совместителями или хирургами, которые проводили только первичный осмотр и направляли больных в стационар, в туберкулезный или онкологический диспансер, на консультацию в областные лечебные учреждения.

Лечением и комплексным обследованием больных в поликлиниках урологи-совместители занимались не в полной мере. На это были

объективные причины, связанные с оплатой труда и выделением средств для лечения больных в амбулаторных условиях.

В поликлинике оплата труда уролога была ниже, чем в стационаре, а отпуск — на 6 дней меньше. Кроме того, работая в поликлинике, уролог не мог рассчитывать на получение высшей категории, поскольку не мог показать объем хирургической деятельности, как это мог сделать врач стационара.

Кроме того, в поликлинике на обследование и лечение одного пациента с урологическим заболеванием выделяли 5 копеек. В то же время проведение экскреторной урографии стоило 12 рублей. Сколько же нужно было урологу принять амбулаторных больных, чтобы накопить 12 рублей для одной экскреторной урографии!? Поэтому для обследования больного клали в стационар. В стационаре стоимость комплексного урологического исследования увеличивалась за счет бытовых услуг: содержания койки, питания больных и т.д.

Мы объясняли в Минздраве Украины, что средства на обследование и лечение больных нужно выделять не на койку, а на больного с учетом заболевания, независимо от того, где проводится обследование. Обследование, проведенное в поликлинике, позволит экономить значительные средства на содержание больного в стационаре до операции. Наши доводы принимали, с нами соглашались, но все оставалось по-прежнему.

Некоторые урологи и главные врачи путем самоорганизации урологических приемов добивались большего финансирования амбулаторных приемов. В целях экономии средств на обследование в амбулаторных условиях уменьшили дозы контрастных веществ, то есть врачи отступали от общепринятых методик. Рентгенограммы часто получались малоинформативными. Их приходилось переделывать в стационаре, получалось как в пословице: скупой платит дважды.

В некоторых поликлиниках прием сводился к чисто диспетчерским функциям. В стационар госпитализировали много больных, которых с успехом можно было лечить в поликлинике.

Во время посещения урологических отделений в областях, я обратил внимание на высокую частоту врожденных пороков наружных половых органов у школьников старших классов и мальчиков призывного возраста.

А ведь их наблюдали участковые педиатры, проводили медицинский осмотр при поступлении в детский сад, школу. Это дало повод думать, что осмотр в раннем детском возрасте проводят некачественно, без участия специалиста-уролога, формально.

Более взрослые мальчики, зная о своих физических недостатках, из-за ложного чувства стыда избегали осмотра. Осматривали, как

правило, здоровых детей. Об этом мне неоднократно говорили дети. Они волновались, когда врачи приходили в класс, всеми средствами старались избежать медицинского осмотра, под разными предлогами убегали из класса.

Учитывая эту ситуацию, мы подготовили проект приказа Минздрава Украины о поголовном (списочном) осмотре мальчиков в целях выявления врожденных пороков развития наружных половых органов.

Результат превзошел все ожидания. Подтвердилось наше предположение о том, что в младших классах осматривают не всех мальчиков. Детей, которых не удалось осмотреть в школе, вместе с родителями приглашали в поликлинику. При такой методике осмотра мальчиков количество детей с пороком наружных половых органов только в Печерском районе Киева увеличилось в 2,5 раза!

Детям с выявленными пороками проводили плановое оздоровление. Областные урологи подтвердили, что после введения этого приказа Минздрава Украины значительно увеличилось число операций по поводу пороков развития наружных половых органов.

Мы стали более предметно изучать причины летальности при урологических заболеваниях, в том числе послеоперационной.

Для детального изучения проблемы в 1975 году силами работников института проанализированы все случаи смерти во всех больницах Украины после выполнения урологических операций за 1974 год. На основе детального анализа 1500 историй болезни мы установили, что наиболее частой причиной смерти больных были:

- осуществление оперативного вмешательства при выраженной почечной недостаточности;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность, нередко вследствие невосполнения операционной и послеоперационной кровопотери;
- тромбоэмболические осложнения, в частности, тромбоэмболическая пневмония, тромбоз сосудов головного мозга;
- острый пиелонефрит и его острогнойные осложнения;
- осложнения сопутствующих заболеваний.

Материалы этой проверки были рассмотрены на совещании областных урологов, предложены конкретные меры для снижения послеоперационной летальности по каждой области.

Оснащение многопрофильных больниц и специализированных диагностических центров современной диагностической техникой способствовало повышению уровня диагностики в поликлиниках и

стационарах, однако не настолько, чтобы это удовлетворяло специалистов.

При сравнении стадии, в которой выявляли заболевания: опухоль почки, мочевого пузыря, предстательной железы, яичек, гидронефроз, мегауретер, поликистоз, существенная разница в 60-х и 80-х годах не выявлена. Нас насторожило то, что применение современных диагностических аппаратов существенно не повлияло на частоту раннего распознавания заболеваний, требующих оперативного лечения, поэтому отмечали незначительное увеличение частоты выполнения органосохраняющих операций.

Некоторое снижение послеоперационной летальности было обусловлено не ранней диагностикой, а применением интенсивной терапии, новых методов лечения и реанимации.

Если оставить медицинскую практику, в соответствии с которой врач занимается больным с момента его обращения за медицинской помощью, то есть с момента появления жалоб, никакая диагностическая аппаратура не улучшит раннюю диагностику заболевания и результаты оперативного вмешательства по поводу пороков, опухолей, камней. Часто впервые возникшая почечная колика, постоянная боль, температура с ознобом, по поводу которых больной обратился к врачу, является признаками претерминальной или терминальной стадии болезни, когда вмешательство не может быть радикальным и органосохраняющим.

При такой лечебно-диагностической тактике в поле зрения врачей не попадают пациенты с заболеванием в латентной стадии, что характерно для многих урологических болезней.

Иногда урологические заболевания выявляют случайно: при длительно текущем пиелонефрите, обследовании по поводу другого заболевания или во время ультразвукового исследования. В 80-е годы в Украине создалась парадоксальная ситуация: с одной стороны, хорошо организованная урологическая служба, оснащенная диагностическими аппаратами с высокой диагностической способностью, с другой стороны, количество операций нефрэктомии по поводу урологических, онкологических и туберкулезных заболеваний почек имело тенденцию к увеличению. Это настораживало.

За время моего пребывания на должности Главного уролога Минздрава Украины основные показатели (количество коек, приемов и штаты) удалось довести до норм, рекомендованных ВОЗ. В 70-е годы открывали урологические отделения, где это представлялось возможным.

В 1986 году функционировали 753 урологического приема. Количество населения на один урологический прием снизилось до 67 100 пациентов. Число урологов увеличилось на 3498 и составило 9280. Штатные должности были заняты как в стационарах, так и поликлиниках.

Значительную роль в повышении квалификации урологов сыграли регулярно проводимые съезды и пленумы, республиканские, областные и межобластные конференции, симпозиумы, а также выпуск ежегодного межведомственного сборника «Урология», монографий, справочников, учебников. В библиотеке института было собрано большое количество диссертаций по самым разнообразным проблемам урологии.

Не удалось добиться достаточного оснащения специальной аппаратурой урологических отделений и амбулаторных кабинетов, уравнивать оплату труда и продолжительность отпуска урологов, работающих в поликлинике и стационаре. В связи с этим не удалось ликвидировать совместительство урологов в поликлинике.

Несмотря на создание разветвленной урологической сети, которая обеспечила доступность урологической помощи населению, динамика качественных показателей лечения и исхода болезни не соответствовала ожидаемым результатам.

Неблагоприятная ситуация сложилась с ранней диагностикой заболеваний, а превентивная диагностика находилась в зачаточном состоянии. Недостаточное финансирование амбулаторных приемов сдерживало развитие функциональных методов исследования в поликлиниках. В ранних, латентных стадиях редко диагностировали такие заболевания, как опухоль почек, мочевого пузыря, предстательной железы, аденома предстательной железы, камни почек и мочеточников, туберкулез, гидронефроз, уретерогидронефроз, кистозные заболевания почек.

При статистическом анализе показателей деятельности урологической службы установлено, что основным в развитии клинической урологии является раннее доклиническое выявление урологических заболеваний.

Сосредоточение основных материальных средств и диагностических аппаратов на превентивном выявлении и лечении пациентов с заболеванием мочеполовой системы в латентной стадии способствует повышению качества лечения, уменьшению затрат на различные консервативные мероприятия, социальную поддержку больных и инвалидов.

Урологическая служба в областях

Изучение основных показателей состояния урологической и нефрологической помощи в украинской республике в 1969—1970 годах дало мне общее представление о состоянии урологической помощи в отдельных областях. Но цифры цифрами, а изучение дел на местах для Главного уролога Минздрава Украины совершенно необходимо. В течение 18 лет, возглавляя урологическую службу Украины, я ежегодно посещал 5—6 областей. За эти годы я посетил все урологические отделения — районные, межрайонные, городские, областные, уротуберкулезные, уроонкологические, детские. Посетил многие урологические кабинеты. Познакомился с большинством урологов Украины. Всех областных урологов знал лично.

Посещая области и делая обходы в урологических отделениях, я обратил внимание на интерес к ним руководителей облздравотделов и их заместителей, а также главных врачей или начмедов больниц. Я объясняю это тем, что делал не инспекционный обход, а клинический разбор больных, что сразу создавало атмосферу обоюдного доверия. Шел откровенный профессиональный разбор больных в стационаре, а иногда в поликлинике. Молодых урологов нужно было не столько проверять, сколько учить на конкретном материале, на их ошибках и просчетах. Им нужно было показать, что у них хорошо, а что плохо. Мало занимать должность уролога. Нужно хорошо и грамотно ее исполнять. Не скрывать свои ошибки. Все равно они когда-то станут известными, а состояние пациента к тому времени может ухудшиться настолько, что помощь станет проблематичной.

Признавать свои ошибки не каждый может. Чем менее образован врач, тем с большим упорством защищает он свою точку зрения.

Опытный, образованный, авторитетный, интеллигентный человек, как правило, легче признает свои ошибки и даже подвергает их анализу в коллективе, предупреждая тем самым различные кривотолки.

Я видел много хорошего, творческого в работе урологических отделений, в основном там, где заведующий был авторитетом для своих подчиненных, отделение работало как слаженный механизм, а не каждый сам по себе, не было подсиживания. Немало было амбициозных урологов. На замечания иногда мне отвечали: «А я так привык». На мой дополнительный вопрос, а как нужно? — отвечали молчанием, такому урологу я советовал свои привычки сверять со временем, руководствами, справочниками, решениями пленумов и съездов урологов.

Конечно, ошибок в диагностике и лечении больных было достаточно. Причины были разные. Некоторые из них зависели от профессиональной неопытности врачей. Приходилось обсуждать отдельные истории болезни, симптомы, данные функциональных исследований, показывать, какой симптом они недооценили или какой переоценили. Объяснять, почему у них возникла переоценка, почему возникли те или иные сложности при лечении больных.

Иногда врач на обходе старался «проскочить» мимо больного или сообщить о нем вскользь. Я замечал это и обязательно просил рассказать о нем подробнее. В процессе разбора выяснялась причина, почему врач избегал детального разговора о больном. Некоторые урологи чувствовали себя неловко за попытку схитрить.

После обхода я анализировал истории болезни умерших больных в присутствии всего коллектива отделения, а также истории болезни пациентов, которых лечили в отделении более 30 дней, как правило, по поводу осложнений. Разбор происходил в виде собеседования, без придинок, создавалась обстановка клинического разбора, где каждый мог отстаивать свое мнение. Если позволяло время, в один день я осматривал два отделения. На инспекцию области уходило обычно 3—4 дня. В свою группу я включал Л.П.Павлову, И.С.Камышана, М.И.Гойхберга и еще некоторых сотрудников, особенно при посещении больших областей — Днепропетровской, Донецкой, Харьковской, Луганской, Крымской. В таких случаях каждый участник группы имел персональное задание.

Завершением проверки области было итоговое совещание урологов, на котором присутствовали заведующие облздравоотделами или их заместители по лечебной работе. Они давали высокую профессиональную оценку проверке урологической службы и подчеркивали, что она помогла им уточнить свою роль в развитии урологической службы области.

Л.П.Павлова докладывала об особенностях статистических исследований и мерах по устранению недостатков в работе амбулаторно-поликлинической службы, диспансеризации, ведении документации и особенно проведении профосмотров работников детских ясель и садов, молочных ферм, у которых неоднократно обнаруживали запущенные формы туберкулеза, выявленные с большим опозданием, порой случайно, во время обследования по поводу другого заболевания.

И.С.Камышан анализировал состояние заболеваемости туберкулезом, почек и мочевых путей; М.И.Гойхберг — работу онкоурологических отделений.

Я освещал принципы диагностики урологических заболеваний. В частности, анализировал причины плохих результатов рентгенологических исследований, недостаточного изучения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, несоблюдения режима работы операционной, эндоскопической и т.д. Много внимания уделял диагностике и лечению основных урологических заболеваний: мочекаменной болезни, острого пиелонефрита, опухолей почек, врожденных заболеваний полового члена и органов мошонки. В разных аудиториях акцент делался на различные заболевания в зависимости от недостатков, выявленных во время обхода отделений.

Во время посещения урологических отделений особое внимание обращалось на применение антибактериальных препаратов в лечении воспалительных заболеваний. Это диктовалось тем, что среди урологических больных было много пациентов с лекарственной аллергией. Некоторые больные вообще не переносили медикаментозной терапии. Число таких больных увеличивалось. Нужно было искать какой-то выход.

В связи с этим я внимательно присматривался к работе профессора Ф.И.Мамчура из Ивано-Франковского мединститута, который, работая в урологическом отделении, широко применял фитотерапию в лечении урологических заболеваний с хорошими результатами.

Я был рецензентом одной из его книг, которая вышла после 1986 года. Я сделал одно замечание: он не указал, в каких районах Украины нельзя собирать и использовать травы для лечения с учетом радиационной загрязненности. Я также дал положительную оценку его работе, которую представили на Государственную премию Украины, и которая ему заслуженно присуждена.

В своей клинической практике я постоянно использую фитотерапию, где это возможно. И настоятельно рекомендовал фитотерапию больным с лекарственной аллергией или при наличии почечной недостаточности, требовавшей продолжительного лечения.

В период после аварии на Чернобыльской АЭС возникли новые проблемы в лечении урологических больных, подвергшихся воздействию малых доз радиации. Наряду с общепринятым лечением, больным необходимо было назначать вещества, которые способствовали выведению радионуклидов из организма и смягчению их действия. Такие препараты сейчас широко применяют в практической урологии.

В 70-е годы мы много внимания уделяли внедрению одномоментной аденомэктомии с наложением глухого шва передней стенки мочевого пузыря. Трансуретральная резекция аденомы предстатель-

ной железы тогда у нас не применялась из-за отсутствия резектоскопов. В этом мы значительно отставали от Запада.

В среднем в Украине в 1970—1975 годах выполняли от 11 072 до 18 545 операций аденомэктомий в год, из них 80% в два этапа, и лишь 20% — в один.

В 1969 году средний по республике показатель летальности после выполнения аденомэктомии был высоким — 4,4%, в некоторых областях — в Одесской, Луганской, Черниговской, Тернопольской — он был выше. В этих же областях была самой высокой частота двухэтапного выполнения аденомэктомии.

В поездках по областям мне неоднократно приходилось объяснять урологам преимущества одномоментной аденомэктомии — плановой и неотложной — с наложением глухого шва передней стенки мочевого пузыря и непрерывным орошением его полости растворами антисептиков в течение 5—7 дней, пока мочевой пузырь дренировали по мочеиспускательному каналу. Кроме того, я пропагандировал надлобковый дугообразный внебрюшинный разрез, после применения которого не возникает послеоперационная грыжа брюшной стенки, даже при вторичном заживлении раны, в чем его преимущество по сравнению с нижним срединным разрезом. Я рекомендовал метод наложения непрерывного узлового шва передней стенки мочевого пузыря, который я разработал и внедрил как более герметичный по сравнению с узловым швом. При этом более экономно расходуются кетгут. На метод получил авторское свидетельство. С интересом узнал, что непрерывный узловый шов по моей методике применяют итальянские урологи.

Уже тогда меня заинтересовала экономическая проблема лечения урологических больных, в том числе с аденомой предстательной железы.

Тогда в клинической практике все экономические расчеты велись исходя из стоимости одного койко-дня. Как выяснилось, в разных больницах, стоимость лечения больного в стационаре составляла 11—13 руб. в день. Из этого я исходил, анализируя затраты при применении одноэтапной и двухэтапной аденомэктомии. После одноэтапной аденомэктомии с наложением глухого шва передней стенки мочевого пузыря продолжительность пребывания больного в стационаре составляла в среднем 3 дня — до операции и 13 — после нее. Стоимость лечения составляла от 187 до 221 руб. После выполнения неотложной аденомэктомии, поскольку больного оперировали в день госпитализации, стоимость лечения снижалась до 143—169 руб. Пациенты после одноэтапной операции выздоравли-

вали быстрее, поскольку одномоментно им восстанавливали уродинамику нижних и верхних мочевых путей, реже возникало обострение пиелонефрита и гнойные осложнения.

Продолжительность лечения больного с аденомой предстательной железы при применении двухэтапного метода составляла от 4 до 8 мес., а часто и более, из них около 2 мес. больной пребывал в стационаре, был социально не адаптирован.

Стоимость лечения аденомы предстательной железы при использовании двухэтапного метода при той же стоимости одного койко-дня составляла от 682 до 806 руб., не считая затрат на амбулаторное лечение. Функциональные результаты одноэтапной операции значительно лучше, чем двухэтапной.

При аденомэктомии в один этап в некоторых областях Украины послеоперационная летальность составила 0,7—1,2%. Уролог Весельский из Запорожья по нашему предложению занялся изучением неотложной аденомэктомии. После выполнения 186 операций умер один больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационная летальность после выполнения одномоментной аденомэктомии (плановой и неотложной) в 1985 году составила: в Винницкой области — 1,5%, Ивано-Франковской — 1,17%, Николаевской — 1,52%, Полтавской — 1,22%, Хмельницкой — 1,71%, в целом по республике — 2,74%. У 87% больных аденомэктомия осуществлена в один этап, у 13% — в два этапа. Мои старания о повсеместном внедрении одномоментной аденомэктомии к 1985 году увенчались успехом.

Не подлежит сомнению факт, что в 70-е годы мы совершили значительный прорыв в лечении аденомы предстательной железы. Это было признано урологами всех республик, входящих в состав СССР.

И в тоже время мы отставали от стран Запада, где в те годы началось массовое применение трансуретральной резекции аденомы предстательной железы — операции менее травматичной и достаточно эффективной. Мы уже тогда были готовы к внедрению этого метода, но не было финансового обеспечения для приобретения зарубежных резектоскопов, а отечественная промышленность не могла наладить их массовый выпуск ни в 70-е, ни в 80-е годы.

Когда мы готовили материалы на Государственную премию Украины в 1983 году по лечению заболеваний предстательной железы, экономисты подсчитали, что по Украине экономический эффект от внедрения одномоментной аденомэктомии с наложением глухого шва передней стенки мочевого пузыря составил более 17 млн руб. К тому времени институт (исключая капитальное строительство) не полу-

чил от государства столько денег на научные исследования с момента своего основания в 1965 году. Я об этом заявляю ответственно еще и потому, что в 1987 году работники горкома Компартии Украины усомнились в размерах экономического эффекта. 17 млн руб. в те годы была очень большая сумма. По их заданию Вычислительный центр Института кибернетики специально перепроверил и подтвердил правильность подсчета экономического эффекта, сделанного Вычислительным центром Госплана Украины.

С 1971 г. я увлеченно занимался проблемой склероза предстательной железы. Нами была разработана клиничко-рентгенологическая диагностика заболевания. Широкая урологическая общественность тогда еще мало знала об этом заболевании. Поэтому я использовал каждую возможность, в том числе и во время поездок в области, чтобы говорить об этой болезни. Меня очень обрадовало, когда в поликлинику института стали поступать больные с диагнозом склероза предстательной железы, большинству из которых удалось помочь — по крайней мере, у всех удалось устранить незаживающий мочепузырный свищ.

Работа Главного уролога Минздрава Украины мне нравилась и не была в тягость. Я был недоволен только тем, что современные достижения науки медленно и повсеместно внедрялись в практику. Я видел реальную пользу своего труда в том, что, общаясь с Главными урологами областей и посещая урологические отделения, активно влиял на развитие урологической службы, а мои знания и общение с практическими урологами способствовали повышению их профессионализма. Я старался посредством общения с урологами внедрять опыт института в работу урологических отделений.

Мои программные доклады на II, III и IV съездах урологов Украины — госпитализм, неотложная урологическая помощь, двусторонние заболевания почек — были составлены с учетом моего опыта и увиденного в урологических учреждениях в областях и в зарубежных клиниках.

В частности докладу на III съезде урологов Украины в 1980 году о двусторонних заболеваниях почек предшествовало изучение историй болезни пациентов, которым была произведена нефрэктомия, во всех урологических отделениях Украины в 1974 году. Это была очень большая и сложная работа. К ее выполнению были привлечены урологи института всех специальностей.

В Украине в 70-е годы выполняли около 1500—1600 операций нефрэктомий в год в районных, городских, областных урологических и хирургических отделениях, а также в онко- и тубдиспансерах.

Не всегда показания к осуществлению нефрэктомии были функционально обоснованы. Иногда в историях болезни не было описания удаленного органа и результатов гистологических исследований.

Свои опасения о том, что часть операций нефрэктомий была выполнена необоснованно, я высказал министру здравоохранения Украины А.Е.Романенко. В результате обмена мнениями издан приказ по Минздраву Украины, в соответствии с которым в районных урологических отделениях не рекомендовалось производить плановую нефрэктомию ввиду недостаточной функционально-диагностической базы. Это не касалось операций нефрэктомий по жизненным показаниям при травме (разрыве) почек. Для обоснования необходимости выполнения нефрэктомий предлагалось применить 2—3 метода исследования: экскреторную урографию с радиоизотопной ренографией или сцинтиграфией. Рекомендовалось применять контрольную экскреторную урографию с отсроченными снимками или фармакоурографию. Мы показали: при так называемой «немой» почке не следует торопиться выполнять нефрэктомию, пока не будет проведено контрольное исследование функции паренхимы органа.

Практика последующих лет показала, что количество операций нефрэктомии в течение года уменьшилось на 200—300.

Главному урологу Минздрава Украины приходилось систематически заниматься различными судебными экспертизами, давать заключение о методах лечения и устройствах изобретателей, медиков, но чаще любителей, разбирать письма, относящиеся к работе урологов и урологических учреждений.

Скажу сразу, это была очень сложная работа, занимавшая много времени.

Вот один из многочисленных примеров. Пенсионер, горный инженер из Луганской области, прислал в Минздрав Украины письмо и чертеж устройства для «вытряхивания» камней из почек и мочеточников. Инженер был настойчив, неоднократно писал в различные инстанции о недостаточном внимании министерских работников к его изобретению. Пришлось специально послать в Луганскую область профессора Ю.Г.Единоного, который хорошо разбирался в технике.

Оказалось, местные урологи об изобретении горного инженера ничего не знали. Поехали к нему домой. Устройство стояло в сарае. Оно было громоздкое, собрано из деталей горных машин. Жесткое кресло с подлокотниками. Электрический мотор с помощью специальных приводов попеременно с частотой 30 раз в 1 минуту двигал кресло снизу вверх и наоборот. Амплитуда движения 6 см. Изобретатель работу устройства опробовал, но без пациента.

Устройство включили в электросеть. Его работа сопровождалась сильным грохотом и вибрацией всего сарая, где проходило испытание. Через 3 минуты устройство остановили.

Обсудив результаты испытания, профессор Ю.Г.Единь вместе с изобретателем и местными урологами пришли к заключению, что в клинической практике аппарат применять нельзя из-за сильного шумового эффекта и вибрации, которая может стать причиной разрушения стен помещения.

Перед поездкой в область я изучал не только медико-статистическую документацию, необходимую для проверки урологической службы, но также справочную литературу о местных историко-культурных достопримечательностях. Этим я преследовал две цели: с одной стороны, самому лучше узнать Украину, с другой — показать урологам, что у них в области имеются памятники, представляющие национальную ценность. В районах и городах работало много приезжих урологов, не знавших истории края и его экономических возможностей. До моего приезда они эти музеи, производства и заповедные зоны не посещали. Во время инспекционных поездок в области мы посетили: в Севастополе — Военно-морской музей, в котором имеются макеты всех кораблей Черноморского флота за всю историю, начиная от Петра I.

В Луганской области — содовый комбинат в Северодонецке и музей К.Е.Ворошилова; в Харьковской области — Печенежское водохранилище и родину И.И.Репина; в Полтавской области — место Полтавской битвы в 1709 г. и г.Лохвицу, где погиб генерал-полковник Кирпонос со своим штабом.

В Закарпатской области — местный леспромхоз, ночевали на Черном озере, где раньше формировали плоты для сплава леса в долину; в Ивано-Франковской области — ездили в курортный город Яремчу; в Тернопольской области — побывали на местах боев казаков Б.Хмельницкого с поляками, в пещерах, посетили Почаевскую Лавру.

Во Львове осмотрели местные музеи. Кроме того, я съездил в Збараж и Броды, где воевал и был ранен в июле 1944 г.

В Черкасской области мы посетили дом-музей П.И.Чайковского в с.Каменка, послушали интереснейший рассказ экскурсовода о пребывании здесь композитора; в Умани — Софиевский парк, познакомились с историей его создания.

В Шепетовке Хмельницкой области осмотрели композицию в музее им. Н.А.Островского, в Каменец-Подольске — старую крепость, в которой был заключен Кармалюк.

В Житомирской области побывали на фарфоровом заводе в с.Барановка.

Осмотрели соборы и местный музей в Чернигове. Я знал, что из Черниговской земли, бывшей Гетманщины, вышло много выдающихся деятелей, но о многих из них узнал из рассказа экскурсовода.

Винницкая область также богата историческими памятниками. Проверку мы проводили таким образом, чтобы в субботу и воскресенье осмотреть достопримечательности города и области. На окраине Винницы поражает воображение взорванный бункер в ставке Гитлера, вывороченные на поверхность огромные железобетонные глыбы — больше «Жигулей»; посетили усыпальницу знаменитого хирурга Н.И.Пирогова; Немиров, в котором в свое время жили Н.А.Некрасов, Марко Вовчок, Ф.Лист, О.Бальзак; осмотрели парк в Ковалевке и архитектурные сооружения.

В Тульчине мы осмотрели дворец Потоцких, памятник А.В.Суворову, побывали в Музее декабристов, где нам рассказали о декабристах, событиях в Тульчине, о П.Пестеле и К.Рылееве.

Брацлавщина — это сплошная история. Красивое место в ландшафтном и климатическом отношении. Основные дороги обсажены вековыми липами. Старожилы говорят, что посадили их к приезду в эти края Екатерины Великой.

Во время пребывания в Винницкой области всей группой посетили моего комбата Героя Советского Союза Феодосия Ивановича Горенчука. Встретились. Воспоминания о войне, о товарищах-однополчанах... Старый солдат, герой Советского Союза, был до глубины души растроган нашим визитом и часто о нем вспоминал.

В Николаеве мы совершили экскурсию на Кораблестроительный завод имени 61 комиссара. Рассказывая о крейсере «Киев», который тогда стоял на стапелях завода, экскурсовод сообщил нам, что американцы называют его авианесущим крейсером.

На наш недоуменный вопрос: как американцы? Откуда они знают, что строится такой крейсер, он ведь еще на заводе? — экскурсовод объяснил, что для этого существует космическая разведка. На фотографиях из космоса величина «Киева» со спичечный коробок. По снимку специалисты могут определить класс судна и все остальное. Они знают, что у нас строится, мы знаем, что они строят. Теперь секреты кораблестроения трудно соблюдать.

Из Очакова пытались на катере попасть на остров Березань, где в 1906 году были расстреляны лейтенант П.П.Шмидт и матросы Н.Г.Антоненко, А.И.Гладков и С.П.Часнык за участие в революционном восстании моряков Черноморского флота. По предложению

матросов П.П.Шмидт принял на себя командование крейсером «Очаков», а затем объявил себя командующим Черноморским флотом.

Когда мы на катере вышли за косу, на море было настолько сильное волнение, что капитан катера не решился дальше плыть в открытое море и вернулся в Очаков. Жаль, что не пришлось побывать на этом знаменитом острове.

Во время работы Главным урологом Минздрава Украины мне посчастливилось побывать во всех областях и многих замечательных городах Украины, познакомиться с ее историческими памятниками, почувствовать величие истории Украины. Жаль, что туристская служба у нас развивается крайне медленно.

Наука — в помощь здравоохранению

С начала 70-х годов развитие урологии как науки в Украине было в значительной мере подчинено нуждам урологической службы, повышению квалификации урологов, разработке общих и частных вопросов урологии. Об этом свидетельствовала тематика республиканских урологических конференций (1969, 1975), съездов урологов Украины (1973, 1980, 1985), пленумов урологов, сексологических конференций, симпозиумов в Киеве (1972) и Ужгороде (1980), а также многочисленных областных конференций с приглашением урологов из других республик. На коллектив института легла основная тяжесть подготовки II Всесоюзного съезда урологов (1978) и Всесоюзной конференции трансплантологов.

В 70—80-е годы в Киевском НИИ урологии и нефрологии, в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей велась многогранная научная работа, совместно со смежными специалистами, готовилось много кандидатских и докторских диссертаций по наиболее распространенным урологическим заболеваниям.

Это дало возможность научным сотрудникам систематически издавать монографии, справочники, методические рекомендации по урологии, нефрологии, сексопатологии, детской нефрологии, посвященных мочекаменной болезни, воспалительным заболеваниям, раку мочевого пузыря, заболеваниям предстательной железы (простатиту, аденоме, склерозу, раку), двусторонним заболеваниям почек, функции единственной почки, гидронефрозу, уретерогидронефрозу, туберкулезу почек, клинической оценке методов исследования, диспансеризации, функциональной диагностике. Отдельные методы исследования и лечения были отражены в информационных листках.

Вся эта методическая литература, включая материалы и рекомендации съездов и пленумов урологов, рассылалась в адрес главных специалистов. Таким образом через главных урологов, нефрологов, сексопатологов, специалистов областей мы постоянно информировали практических врачей о новом в урологии и нефрологии.

Значительную роль в развитии урологической, нефрологической и сексологической специализированной помощи сыграло издание межведомственного сборника «Урология», который выходил ежегодно с 1966 по 1988 годы. В сборнике печатали работы исключительно урологов Украины. Этим преследовалась цель привлечь как можно больше урологов Украины к научно-исследовательской работе, дать возможность печатать в виде статей фрагменты диссертаций, что требовали условия ВАКа. В 22 сборниках, редактором которых я был, в значительной мере отражено состояние уронефросексологической науки в Украине в 60—80-х годах.

С 1966 по 1987 годы в Украине с участием сотрудников института было издано около ста книг: трудов съездов урологов, пленумов, конференций, симпозиумов, монографий, руководств, справочников, отдельных глав в крупных руководствах. Эти работы были доступны врачам, в них излагались современные тенденции развития уронефросексопатологии. Посещая урологические отделения, мы видели нашу печатную продукцию на книжных полках в ординаторских.

Плодотворно работали на издательской ниве И.Ф.Юнда, Л.А.Пыриг, Ю.Г.Единый, Л.П.Павлова, А.П.Пелешук, Н.Я.Мельман, А.В.Терещенко, С.Д.Голигорский, Н.Т.Терехов, А.М.Романенко.

Мною совместно с Н.Ф.Кривошеем и Ю.А.Абрамовым была написана «Амбулаторная урология»; с Н.М.Петрунем, О.Т.Титаренко, Ф.П.Хриптой, В.А.Романенко и соавторами — «Функциональная диагностика в урологии и нефрологии»; под моей редакцией вышло руководство «Антибактериальная терапия в урологии и нефрологии»; в соавторстве с О.П.Богатовым — монография «Хирургия аденомы предстательной железы», с Л.П.Павловой — «Урологическая помощь в УССР», с А.С.Переверзевым — «Хирургическое лечение двусторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей», с А.М.Романенко и М.И.Гойхбергом — «Эпителиальные опухоли мочевого пузыря», с Л.А.Пыригом, И.Ф.Юндой и И.Я.Мельман — «Справочник уролога и нефролога», с А.М.Романенко, Ф.П.Хриптой, Т.К.Кульчицкой, А.В.Руденко — «Гидронефроз», с А.М.Романенко и А.Д.Гринько — «Склероз предстательной железы» и др.

Как видно из перечня монографий и руководств, в которых я принимал участие, все они были направлены на развитие урологии

и улучшение качества лечения урологических заболеваний у взрослых и детей.

Мои записи как Главного уролога Минздрава Украины (1970—1987), были бы неполными, если бы я не вспомнил добрым словом и не поблагодарил за помощь в развитии урологической службы главных урологов областей: Н.Ф.Атаманчук (Житомир), А.А.Полегкую (Ивано-Франковск), Г.П.Доброхотову и Б.В.Повха (Львов), Б.М.Резника (Одесса), Ю.С.Авраменко (Сумы), В.И.Шаповала и Ф.А.Клепикова (Харьков), И.П.Бондаря (Хмельницкий), И.С.Назаренко (Черкассы), А.П.Вайнера (Севастополь), В.О.Кравчука (Луцк), С.И.Анохина (Днепропетровск), И.М.Рыбинника (Винница), В.М.Лещенко (Донецк), Э.М.Шимкус (Симферополь), С.С.Кудрявцева (Запорожье), А.Бондаренко и М.Ф.Агеева (Кировоград), М.А.Гришина (Луганск), В.Г.Князева (Николаев), А.П.Дышкат и Фиксман (Херсон), а также заведующих областными отделами здравоохранения: В.Т.Герасимова (Киев), А.С.Касьяненко (Полтава), Е.М.Харламову (Херсон), И.Т.Пенешкевича (Черновцы), Н.М.Пшеничного (Сумы), О.И.Никифорову (Кировоград), В.С.Стукал (Ивано-Франковск).

Ими проделана огромная работа по развитию стационарной и амбулаторно-поликлинической урологической службы, совершенствованию специализированной урологической помощи, подготовке первичной документации для составления ежегодного справочника, в котором наглядно отражены становление и развитие урологической службы в Украине за четверть века.

Искренне признателен за помощь в работе Начальнику Главного лечебного управления Минздрава Украины В.М.Козлюку и куратору урологической службы в Минздраве Украины Л.Ф.Кобяковой. Особая благодарность министрам В.Д.Братусю, который благословил меня на эту работу, и А.Е.Романенко за постоянную помощь и участие в наших съездах.

КЛИНИКА ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ УРОЛОГИИ

Приехав в Киев, я попал в среду хирургов, которых знал и неоднократно встречал на различных съездах, конференциях, пленумах, симпозиумах. Не скрою, многие из них не понимали, почему я предпочел урологию хирургии, дав согласие занять должность директора Киевского НИИ урологии и нефрологии. Профессор Д.Ф.Скрипниченко мне прямо сказал: кафедра хирургии надежнее, чем директорство в институте.

Однако в то время я понял, что урология — уже не младшая сестра хирургии, как было принято тогда говорить. Трансплантация почки вывела ее на самые передовые позиции мировой хирургии. Современные диагностические методы в урологии и появление идеального шовного материала открывали большие возможности в развитии пластической и реконструктивной хирургии на почках, включая ее сосуды, лоханках, мочеточниках и мочевом пузыре. Это давало мне возможность развивать хирургическую школу, из которой я вышел.

Основоположником этой школы был всемирно известный хирург, профессор Сергей Федорович Федоров. У его ученика, крупного ученого и хирурга профессора В.К.Финкельштейна, который много лет работал в Баку, получил хирургическое образование и оформился как доктор медицинских наук, мой учитель заслуженный деятель науки Украины профессор Каро Томасович Овнатанян. К нему я пришел ординатором. В многопрофильной хирургической клинике факультетской хирургии на 220 коек я овладел урологией, абдоминальной и торакальной хирургией. Написал кандидатскую диссертацию по проблемам урологии и докторскую по кардиохирургии.

Урологию я знал по опыту клинической работы в одном из крупнейших хирургических центров, каким была клиника профессора

Каро Томасовича Овнатаняна в Донецке. Спустя 17 лет мне, уже доктору медицинских наук, предложили заведовать кафедрой хирургии санитарно-гигиенического факультета, клиника которой включала 60 абдоминальных и 40 урологических коек.

Оглядываясь на 30 лет назад в апрель—август 1969 года и зная теперь историю развития урологии и трансплантации почки, а также кадры хирургов и урологов того и последующего периодов, думаю, что я оказался, по-видимому, наиболее подходящей кандидатурой на должность директора Института урологии и нефрологии.

Министерству здравоохранения Украины нужен был не просто уролог со степенью доктора наук. Нужен был специалист, у которого был бы опыт работы в урологии, в сосудистой и абдоминальной хирургии. Кроме того это должен был быть ученый, способный создать и возглавить научный коллектив для выполнения трансплантации почки, для решения научных проблем урологии и подготовки научных кадров. Нужен был специалист с опытом административно-организационной работы, необходимой для создания практической службы урологии в здравоохранении Украины, подготовки большого числа врачей-урологов.

В начале октября я напомнил министру здравоохранения Василию Дмитриевичу Братусю, что 3 месяца для ознакомления с особенностями работы института истекают, и я хотел бы вступить в заведование клиникой. Для этого как раз сложились благоприятные условия.

Выходя на пенсию, профессор П.И.Гельфер передал кафедру урологии Киевского института усовершенствования врачей, которая располагалась на базе урологического отделения Киевской областной больницы, профессору Ольге Васильевне Проскуре. Новая заведующая перевела кафедру в Медгородок, и попросила освободить ее от совместительства в Институте урологии.

П.И.Гельфер остался работать консультантом урологического отделения Киевской областной клинической больницы, получая за это 0,5 ставки врача-ординатора. Приказом Министерства здравоохранения урологическое отделение Киевской областной больницы было выделено в качестве базы для Института урологии и нефрологии.

Деликатность вопроса, как сказал мне Василий Дмитриевич, состоит в том, чтобы выполняя приказ Министерства здравоохранения, не нанести обиды уважаемому профессору Петру Исаевичу Гельферу.

В Киеве П.И.Гельфер проработал 50 лет. Его знал город. Специалист он был хороший, а главное — деликатный и доступный врач.

Среди больных он пользовался большой популярностью, хотя ко времени моего разговора с министром хирургической деятельностью уже не занимался.

Василий Дмитриевич пригласил меня вместе с Петром Исаевичем к себе в министерство. Обращаясь к Петру Исаевичу, он сказал: «В.С.Карпенко назначен директором Института урологии. Он хирург. Естественно, он должен заниматься клинической работой. Приказом по Минздраву Украины урологическое отделение областной больницы является базой Института урологии. Я пригласил вас, Петр Исаевич, и В.С.Карпенко, чтобы помочь решить, как вы вместе будете работать».

В медицинских кругах города многие знали о предстоящих переменах. Знал об этом и Петр Исаевич. Он возражал против перехода в Киевскую областную больницу отделения пластической урологии и травмы Института урологии, правда, без существенных мотивов и в очень мягкой форме. Министр высказался в том плане, что урологическое отделение Киевской областной клинической больницы является базой Института урологии, и приказ нужно выполнять.

Министр деликатно предложил мне и Петру Исаевичу встретиться и договориться о совместной работе, а его поставить в известность о решении вопроса.

На другой день я узнал от Василия Дмитриевича, что ему звонили высокопоставленные люди, которые интересовались, почему обижают уважаемого профессора. Он еще раз просил меня быть очень корректным с П.И.Гельфером, который пользуется в Киеве большой популярностью.

У меня в Донецке уже был опыт подобного разговора с профессором Л.Г.Смоляком. Мы все с ним спокойно уладили без малейшего ущемления интересов и самолюбия друг друга. Я был уверен, что с Петром Исаевичем мы также договоримся. Свое посредничество предложил С.Д.Голигорский, но от его услуг я отказался.

Через два дня после разговора с министром здравоохранения Украины мне позвонил из Донецка профессор К.Т.Овнатанян.

— Виктор, ты?

— Да, Каро Томасович, здравствуйте.

— Сегодня в 19 часов я жду тебя у себя дома.

— Каро Томасович, я же в Киеве...

— Знаю. Сейчас два часа дня, есть время. До свидания.

Почему он позвонил?.. Почему такая срочность? Наверное, что-то важное. Надо лететь. Через полтора часа я летел в Донецк. Как договорились, в семь часов я был у него.

— Прилетел. Вот и хорошо... Что ты там профессоров выгоняешь с кафедр? — прямо с порога огорошил Каро Томасович. — Мне звонили, просили поговорить с тобой.

— Каро Томасович, во-первых, в Киеве одной кафедрой урологии заведует О.В.Проскура, другой — С.Д.Голигорский. На их кафедры у меня нет видов. Оба они на общественных началах руководят отделениями в нашем институте. Ольга Васильевна просила освободить ее от бесплатного совмещения в Институте урологии и забрать наших сотрудников с ее кафедры.

Во-вторых, у меня еще нет клиники. Институту выделена база в областной больнице. Там остался работать после переходы кафедры профессор П.И.Гельфер. Он на пенсии. В настоящее время он работает на 0,5 ставки врача-ординатора урологического отделения Киевской областной больницы, а неофициально — числится консультантом.

— Сколько лет профессору П.И.Гельферу?

— Точно не знаю, но несколько лет тому назад праздновали его 70-летний юбилей.

— Виктор, ты с профессором П.И.Гельфером лично разговаривал?

— С ним разговаривал министр здравоохранения Василий Дмитриевич Братусь в моем присутствии. Он рекомендовал нам вместе обсудить вопрос, как мы будем работать, и поставить его в известность. Мы договорились, что Петр Исаевич о дате встречи мне позвонит. Пока звонка не было.

— А что ты ему предложишь?

— Должность старшего научного сотрудника в отделе пластической урологии института на базе урологического отделения Киевской областной больницы, которым я буду руководить. Работать он останется на том же месте, за ним сохранится его кабинет. Должность старшего научного сотрудника престижнее ординаторской и вдвое лучше оплачивается.

— Предложение неплохое, — сказал Каро Томасович. — Но он поднял всех на ноги. Мне звонил профессор А.А.Федоровский. Киевские урологи удивляются, как ты, хирург, согласился руководить Институтом урологии. Я их успокоил, сказав о твоих хирургических способностях.

— Каро Томасович, допустил ли я ошибку со слов тех, кто вам звонил?

— Да нет... ошибки я пока не вижу, но при решении вопроса о клинике действуй очень тактично и осмотрительно. Профессура ревниво принимает специалистов со стороны. Ты правильно поступил,

что нанес визиты вежливости профессорам М.И.Коломийченко, Р.Е.Кавецкому, Ю.И.Кундиеву, А.П.Ромоданову, В.П.Комиссаренко.

Через несколько дней мне позвонил П.И.Гельфер. Мы договорились о встрече в областной больнице. После взаимных приветствий он спросил:

— В качестве кого я буду работать в институте? Каковы будут мои функции?

— Петр Исаевич, я могу вам предложить должность старшего научного сотрудника со всеми вытекающими обязанностями. Ваш кабинет остается за вами. Оплата вашего труда будет значительно больше, чем сейчас.

— Каковы будут мои функции? — уточнил он еще раз.

— Функции — второго профессора.

— Я буду иметь возможность консультировать больных и право их госпитализировать?

— Да, это будет входить в ваши обязанности.

— И оперировать?

— И оперировать. Но поскольку расписание операций и хирургические бригады буду составлять и подписывать я, то вы должны будете меня ставить в известность, какого больного вы хотите оперировать. В мое отсутствие график операций составлять и подписывать будете вы.

П.И.Гельфер выразил желание работать неполный рабочий день — на 0,5 ставки старшего научного сотрудника, о чем написал заявление и доложил министру здравоохранения Украины.

16 октября 1969 года отделение пластической урологии и травмы в составе: В.С.Карпенко, Е.Я.Барана, П.С.Черненко, В.И.Сапса, Л.Г.Плужникова, М.С.Деркач переехало в урологическое отделение Киевской областной клинической больницы. Вместе с нами туда переехала лаборатория анестезиологии и функциональной диагностики во главе с О.П.Богатовым, научными сотрудниками Л.Бондарец, С.Н.Вакуленко, О.А.Лухтионовой, двумя лаборантами и двумя препараторами.

В ближайшее время произошли некоторые изменения штата. Старшего научного сотрудника В.И.Сапса профессор О.В.Проскура пригласила на должность ассистента. Л.Г.Плужников перешел работать заведующим урологическим отделением 4-го Главного управления Министерства здравоохранения Украины.

В клинику я взял А.С.Переверзева, закончившего аспирантуру в отделении онкологии, а также Г.П.Волкова и В.Д.Байло, закончивших аспирантуру у профессора С.Д.Голигорского. Правда, через

2 недели Г.П.Волков был зачислен ассистентом к О.В.Проскуре, а В.Д.Байло — ассистентом к С.Д.Голигорскому. Отделение пополнили аспиранты — Ю.Е.Сергийчук, а несколько позже — П.С.Вукалович.

В урологическом отделении Киевской областной больницы тогда работали: А.А.Каганский (заведующий отделением), Е.И.Добровольский, П.М.Чешский, М.К.Литвин, Ф.И.Циперштейн и Б.П.Шкурман. Е.И.Добровольский и П.М.Чешский были среднего возраста, остальные — предпенсионного. Таким образом, в отделении сложилась ситуация, когда ведущими работниками в отделении стали достаточно молодые целеустремленные сотрудники Института урологии.

Урологическое отделение Киевской областной больницы располагалось на 2-м этаже хирургического корпуса, имело 70 коек (16 палат), две перевязочных, эндоскопическую, манипуляционную, два холла для отдыха больных. На 7-м этаже в операционном блоке принадлежала одна операционная. Кроме того, мы располагали рентгенкабинетом, оборудованным самым современным рентгеноурологическим креслом фирмы Siemens с телевизионной установкой и кинокамерой. В областной больнице были хорошо поставлены радиологическая служба и функциональная диагностика. Были возможности широкой консультации больных смежными специалистами.

Немного истории. Всегда старался по возможности узнавать об истории учреждения, где мне приходилось работать или бывать во время ознакомительных поездок.

Я знал, что Киевская областная больница — одна из старейших в Киеве. Раньше мне никогда не приходилось бывать в этом районе Киева. Получив приказ Минздрава Украины о клинических базах для института, я отправился посмотреть областную больницу.

Она утопает в зелени. Состоит из нескольких одно-, двух- и трехэтажных корпусов дореволюционной постройки. На фронтоне двухэтажного здания, в котором размещена клиника глазных болезней для детей, я увидел надпись: 1906 год. Обратил внимание, что это новое 7-этажное здание, точно такое же, как было построено в Донецкой областной больнице для клиники общей хирургии. Корпус несколько месяцев тому назад введен в строй. Второй этаж отведен под урологическое отделение. Больница является базой Института усовершенствования врачей. С администрацией больницы тогда не контактировал. Меня интересовала в данный момент внешняя сторона дела. Предварительным осмотром больницы остался доволен.

Киевскую областную больницу построил сахарозаводчик Израиль Маркович Бродский в конце XIX века.

После отмены крепостного права в России масса народа из сел двинулась в города, которые интенсивно развивались и нуждались в рабочей силе. Купцы (капиталисты) понимали, что создать капитал они могут при наличии здоровой рабочей силы. Поэтому, по мере накопления первичного капитала, они начали жертвовать средства на доходные дома, приюты, бесплатные и дешевые столовые, сиротские дома, дома призрения для стариков, дома родовспоможения и небольшие больницы. Богатые купцы жертвовали деньги на начальные школы, гимназии, различные ремесленные и профессиональные училища.

Еврейская община Киева имела больницы в зданиях киевских домовладельцев. Больницы были маленькие, в непригодных помещениях, в которых было тяжело и лечиться и работать.

Киевская дума 31 января 1883 года приняла решение выделить землю еврейской общине под строительство больницы площадью «3 десятины и 50 квадратных сажень» в двух участках в Лукьяновской части города между улицами (по плану города того времени) Мало-Юрковской, Юрковской и Мало-Дорогожицкой с одной стороны, Полевой и Белгородской — с другой стороны. За указанный земельный участок еврейская община заплатила в казну города 3 000 рублей. Попечителем строительства был назначен Израиль Маркович Бродский.

За проектирование и строительство корпусов больницы взялся известный киевский архитектор В.Н.Николаев.

22 октября 1885 года, то есть примерно через 2,5 года с начала строительства, еврейская больница, получившая адрес улица Богговутовская № 1, была торжественно открыта в присутствии генерал-губернатора А.Р.Дрентельна, гражданского губернатора Л.П.Томары, ректора Киевского университета Н.Х.Бунге. Первоначально больница имела 100 коек и включала хирургическое, терапевтическое, женское, инфекционное и глазное отделения.

Строительство больницы обошлось И.М.Бродскому в 169 тыс. руб. Несколько позже он дополнительно пожертвовал неприкосновенный капитал 50 тыс. руб., что давало процент с капитала на содержание больницы 3 тыс. руб. в год. Но этого тоже оказалось недостаточно. Поэтому И.М.Бродский приобрел и передал больнице городскую баню, которая давала ежегодный доход 2,5 тыс. руб. Кроме того, в бюджет больницы поступала часть «коробочного сбора» с евреев, ведущих мелкую торговлю.

В 1908 году больница имела 220 коек различного профиля, около 1/3 пациентов были лица других национальностей. Лечение было бесплатным для стационарных и амбулаторных больных.

Активное участие в строительстве больницы и организации лечебного процесса принимал брат Израиля Марковича Иосиф Маркович Бродский. Сын Иосифа Марковича Александр Иосифович более трех десятилетий занимался делами больницы и был ее почетным попечителем.

В 1888 году фундатор больницы Израиль Маркович Бродский умер. Его сыновья Лазарь и Лев взяли все заботы о больнице на себя. В 1895 году на средства Лазаря Израилевича в больнице были построены двухэтажное детское отделение на 26 коек, паровая прачечная, дезинфекционная камера, собственная электростанция и эпидемический корпус.

Лев Израилевич Бродский, в память о покойной супруге Флоре Игнатьевне, в 1896 году на территории больницы построил трехэтажный акушерско-гинекологический корпус с послеродовым отделением на 32 койки. На его же пожертвования территория больницы была увеличена до 5 десятин. В последующем Городская дума отвела еще более 8 десятин земли в вечное пользование. В 1914 году Еврейская больница имела 14 зданий и около 13 десятин земли.

Братья Лазарь и Лев Бродские, сыновья Израиля Марковича, постоянно поддерживали больницу взносами на различные усовершенствования и на текущие расходы, в том числе и на жилье сотрудников больницы.

Лазарь Израилевич в качестве постоянного источника пополнения доходов завещал Еврейской больнице свой доходный дом по улице Малой Васильковской, 15, который ежегодно давал прибыли несколько тысяч рублей.

В советское время Еврейская больница реорганизована в Киевскую областную клиническую больницу — базу Киевского института усовершенствования врачей. В разное время в ней располагалось от 1000 до 1500 коек. В больнице функционировало 18 различных специализированных отделений. Клиники и лаборатории были оснащены современной медицинской аппаратурой, что позволяло проводить научные исследования на высоком уровне. В больнице работали выдающиеся украинские клиницисты: академик Леонид Васильевич Тимошенко, акушер-гинеколог, профессор Игорь Михайлович Ганжа — терапевт, профессор Иван Иванович Кальченко — хирург, он же редактор журнала «Клиническая хирургия», профессор Николай Маркович Сергиенко и профессор Владимир Евгеньевич Шевалев — окулисты, профессор Дмитрий Иванович Панченко — невропатолог, он же редактор журнала «Врачебное дело», профессор Савелий Иванович Мостовой — отоларинголог, профессор Галина Юлиановна

Коваль — рентгенолог, профессор Михаил Константинович Даль — патологоанатом, профессор Николай Васильевич Новиков — ортопед-травматолог. Длительное время возглавлял кафедру урологии профессор Петр Исаевич Гельфер, радиолог профессор Тамара Порфирьевна Сиваченко.

Главным врачом Киевской областной клинической больницы был заслуженный врач УССР Борис Иванович Денисюк.

Вот в такой больнице с созвездием блестящих отечественных ученых предстояло мне работать. Я проникся ответственностью предстоящего труда. Дай, Бог, силы и знаний выдержать испытание коллег по областной клинической больнице!.. Новый человек всегда находится под наблюдением своих коллег. Ошибок новичку не прощают.

По пятницам я делал обход всего отделения, назначал больных на операцию, проверял правильность ведения больных в послеоперационном периоде, а также согласовывал с врачами план обследования вновь поступивших больных. В этот же день проводили клинические конференции.

Клинические разборы больных проводили после обхода.

В 70-е годы в Киев приезжала группа американских врачей для изучения работы станции скорой помощи. В ее составе был уролог, пожелавший посетить урологическую клинику. По сравнению с тем, что я потом увидел в США, наша клиника имела жалкий вид. Мы могли себя реабилитировать только объемом и сложностью оперативных вмешательств.

Сотрудник Министерства иностранных дел позвонил мне, что американский уролог в статье о посещении Киева дал благожелательный отзыв о визите в Киевский институт урологии.

В то время я очень много оперировал, причем тогда, как и в последующем, брал самые сложные и нестандартные клинические наблюдения. Мне помогали оперировать Е.Я.Баран, А.С.Переверзев, П.С.Черненко, П.С.Вукалович и другие сотрудники больницы.

Обезболивание и послеоперационное ведение больных обеспечивали О.П.Богатов, С.Н.Вакуленко, О.А.Лухтионова и А.А.Беспалов.

В больнице в тот год было открыто реанимационное отделение. Уже в течение первого месяца коллектив убедился, как много дает совместная работа уролога и реаниматолога для выздоровления больных в первые дни после операции, когда нужно квалифицированно контролировать уродинамику, гомеостаз, функции жизненно важных органов.

Киевский институт урологии получил статус головного в республике. О возможностях диагностики и лечения в институте постепенно

стало известно в областях Украины и других республиках. Больные начали поступать со всех регионов Союза, включая Москву и Ленинград. Администрация больницы не возражала против госпитализации иногородних больных. Урологическая патология была разнообразной. Наибольшее число пациентов было с мочекаменной болезнью и пиелонефритом (36 %), затем — с заболеваниями предстательной железы (25 %), 39 % — с опухолями мочевого пузыря, заболеваниями органов мошонки, сосудистым поражением почек, осложненной ренальной гипертензией, достаточное число больных было со стриктурой мочеиспускательного канала, незаживающим свищом почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, пузырно-вагинальном и комбинированными мочекишечными свищами, гидронефрозом, уретерогидронефрозом, мегауретером, нейрогенными изменениями мочевого пузыря, мегацистом, дивертикулумом и экстропией мочевого пузыря и т.д. Число больных, которым было показано выполнение пластических операций, с каждым годом увеличивалось, выявляли двустороннее поражение почек (почти у 34% пациентов) или заболевание единственной почки. В клинику госпитализировали пациентов с рецидивами заболеваний, после неудачно выполненных операций, перенесенного инфаркта миокарда и др. Иначе говоря, урологическая патология была самая разнообразная, чрезвычайно сложная, требовавшая больших знаний, опыта и желания заниматься такими больными. К чести Е.Я.Барана, С.А.Переверзева, П.С.Черненко, у них хватало терпения, было желание и умение разобраться в самой сложной урологической патологии.

С первых месяцев работы в клинике, наряду со стандартными операциями по поводу мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы, мы начали выполнять сложные пластические, реконструктивные, восстановительные вмешательства на верхних, нижних мочевых путях и половых органах по поводу врожденных и приобретенных пороков мочеполовых органов, а также различных урогинекологических заболеваний.

Наиболее успешно работал Е.Я.Баран. Он был рассудителен, старался все глубоко понять, добраться до истины. Часто был инициатором обсуждения больных с неясным диагнозом, анализа написанного в книге или статье. С охотой участвовал во всех самых сложных операциях, хорошо ассистировал, был безотказным в работе.

Удачным приобретением коллектива стал А.С.Переверзев. Работал он увлеченно, в клинике овладел многими сложными операциями. Его интересовали рентгенология, ангиография, онкология. Учи-

тывая его приверженность к ангиографии и рентгенологии, я стал привлекать А.С.Переверзева к сосудистой урологии.

Близился ввод в эксплуатацию урологического корпуса института. Окончательно было определено, что в нем будут размещены 160 коек: 2 урологических отделения на 90 коек с операционным блоком и реанимационным отделением, отделение сексологии — 20 коек, лаборатория программного гемодиализа — 20 коек, отделение нефрологии — 30 коек, рентгенорадиологическое отделение, кабинет ЭКГ, биохимическая и клиническая лаборатории. На втором этаже размещается консультативная поликлиника, на первом — администрация института, конференц-зал, в подвально-цокольном этаже — лаборатория электронной микроскопии и аптека. В отдельном строении во дворе размещено отделение для гамма-терапии.

Первое испытание

Мне вспомнилось одно событие, которое относится к первому году моей работы в Киеве.

Утром в кабинете раздался телефонный звонок. Со мною связался секретарь Киевского горкома Компартии Украины Арнольд Григорьевич Шевелев. Он высказал пожелание познакомиться с работой нашего института. Через час он был у меня в кабинете.

Разговор начался сразу, как будто мы с ним были давно знакомы. В горком партии он пришел недавно, сменив третьего секретаря.

Как водится, я познакомил его со структурой института, штатами, оборудованием, условиями труда, оснащением, аппаратурой и ходом строительства урологического корпуса. Время от времени, по инициативе собеседника, мы касались сугубо лечебно-диагностических вопросов заболеваний почек.

А.Г.Шевелев пожелал познакомиться с лабораториями. В нашем здании на улице Чкалова, 65 хвастаться было нечем. Поэтому знакомство с институтом началось с осмотра библиотеки. В библиотеке он заинтересовался литературой по гидро- и уретерогидронефрозу. Расспрашивал меня, занимаемся ли мы этой проблемой в институте. Где ею занимаются, кто у нас в Союзе является специалистом по этим заболеваниям. Вопросы он задавал почти профессионально. Мои профессиональные ответы понимал, о чем я судил по уточняющим вопросам. Остальные лаборатории института осмотрел бегло, пообещав, что поговорит с управляющим строительным трестом об ускорении строительства урологического корпуса. Простились мы с ним тепло.

Утром следующего дня Арнольд Григорьевич позвонил вновь и попросил принять его как пациента.

При знакомстве с историей болезни я выяснил, что в возрасте 16 лет он разбился на мотоцикле. Его доставили в клинику профессора А.А.Чайки. Андроник Архипович дренировал разорванную левую почку. С тех пор, т.е. в течение 22 лет, он живет с левосторонней нефростомой. За это время закончил университет, стал доктором наук, активно участвовал в партийной работе — избран третьим секретарем Киевского горкома Компартии Украины, прекрасный лектор и докладчик.

Анализ рентгенограмм за несколько лет показал наличие врожденного двустороннего гидронефроза, правая почка, за счет которой живет, гидронефротически изменена, левая почка фактически погибла.

Я высказал свои соображения и предложил удалить левую нефункционирующую почку, объяснив, что наличие постоянного воспалительного процесса оказывает отрицательное влияние на организм в целом и на правую почку, в частности.

Мой вердикт А.Г.Шевелев выслушал спокойно, морально был готов к нему. Я госпитализировал его в клинику, назначил день операции.

Операция оказалась довольно сложной технически, поскольку патологический процесс длился 22 года. Мое внимание было поглощено операцией, выделением и удалением почки из окружающих рубцово-измененных тканей. Когда я удалил почку и осмотрелся, увидел в операционной заведующего Киевским облздравотделом В.Т.Герасимова, заведующего Киевским горздравотделом В.Ф.Алексеева, главного врача больницы Б.И.Денисюка, заведующего сектором здравоохранения Киевского обкома партии Г.С.Федосеева. Это меня очень удивило. До операции никто из них не поставил меня в известность о желании присутствовать на операции.

Значит проверка, на что способен профессор В.С.Карпенко. Проводив высоких гостей, я понял, что состоялся экзамен, и я его выдержал, что по инстанции будут соответствующие доклады.

Пациент выздоровел.

Перед выпиской я подробно рассказал Арнольду Григорьевичу о состоянии его правой почки и необходимости ее оздоровить путем пластической операции. С этим моим напутствием он выписался. Иногда он мне звонил по телефону, выясняя некоторые детали. Об операции на единственной почке он и слушать не хотел, говоря, что, избавившись от свища, обрел здоровую жизнь и пока не думает об операции на другой почке.

Как-то я встретился с Арнольдом Григорьевичем во дворце «Украина», куда меня часто приглашали на торжественные мероприятия. Арнольд Григорьевич, гуляя со мной по фойе, познакомил меня со многими партийными и советскими работниками высокого ранга, а также с руководителями промышленных предприятий: С.В.Гусовским — директором завода «Арсенал», В.А.Згурским — директором завода им. Королева, А.И.Кочетковым — директором Завода им. Артема, авиаконструктором Антоновым, начальником Главка Киевглавстрой и некоторыми другими. Эти знакомства оказались очень полезными в дальнейшем, когда приходилось решать различные хозяйственные вопросы.

В горкоме Арнольд Григорьевич проработал недолго — один срок, затем вновь вернулся в университет на преподавательскую работу.

Зная о благотворном влиянии сухого жаркого климата на почки, он уехал в Ташкент, где читал лекции в университете и лечился от почечной недостаточности климатотерапией. В последующие годы я потерял его из вида. Увидел в больнице Феофания случайно, куда был приглашен на консультацию. Лицо у Арнольда Григорьевича было с лимонной желтизной, характерной для больных почечной недостаточностью. Об операции по-прежнему слышать не хотел. В 1989 году мы увиделись случайно на улице. Его трудно было узнать. Я бы прошел мимо, если бы он меня не окликнул. Он был в таком состоянии, что делать пластическую операцию на почке было бесполезно.

В урологическом корпусе размещение клиники было удачным. Рентгенкабинеты, радиоизотопные кабинеты, биохимическая и клиническая лаборатории были рядом. Тут же находились кабинеты функциональной диагностики, электрокардиографии и консультативная поликлиника. На 8-м этаже располагался операционный блок на 7 столов и реанимационное отделение. Через 3 года вступил в строй новый лабораторный корпус, построенный на той же территории. Таким образом, часть клиник института (урологическая, нефрологическая, гемодиализ, сексологическая) и лаборатории находились рядом. Моя клиника располагалась на трех этажах по 30 коек на каждом.

Перевод клиники в урологический корпус института ознаменовался пополнением ординаторов из последнего выпуска Киевского медицинского института. Пришли в клинику А.Д.Алехин, Р.А.Кузьменко, О.И.Логвиненко, В.И.Зубко, Б.Д.Соловейчик, В.В.Коваленко, С.А.Левицкий, поступил в клиническую ординатуру А.Д.Гринько. О.П.Богатов ушел из института. Вакантное место

заведующего реанимационно-анестезиологическим отделением вскоре занял В.В.Суслов.

В отделении постоянно было много курсантов и врачей с периферии, приезжавших по командировкам или по собственной инициативе. Врачебный состав клиники постоянно менялся за счет аспирантов, клинических и больничных ординаторов и, конечно же, тех, кого работа не устраивала.

Режим работы клиники фактически остался тот же. В пятницу общая пятиминутка и клиническая конференция, обход отделений, в перерыве — чай. За чаем обсуждались текущие дела: приглашения на различные конференции, утверждались делегаты и темы их докладов. Особенно тщательно готовились к докладам в других городах и республиках. В пятницу рабочий день в клинике заканчивался составлением списка больных на операции, перевязками и осмотром больных, присланных на консультацию.

Пятница была одним из самых напряженных и сложных дней, потому что определялся график лечебной работы на следующую неделю. Просматривались доклады и статьи, направляемые в печать. Это была сложная и кропотливая, но интересная и увлекательная работа. В качестве примера скажу, что в 1974 году сотрудники отделения опубликовали 21 работу в журналах и сборнике «Урология».

Оставалось в силе мое распоряжение о направлении на госпитализацию в клинику больных с самыми разнообразными и сложными врожденными и приобретенными урологическими заболеваниями, включая урогинекологические, уроонкологические, различные незаживающие мочевые свищи, рецидивные заболевания и ранее неудачно выполненные операции.

Оно обосновывалось статусом института — головного в республике, а также тем, что на сложной патологии совершенствуется квалификация хирургов-урологов.

Сотрудников института часто приглашали на консультации в области. Поэтому они должны хорошо разбираться в различной урологической патологии. Кроме того, наличие в институте разнообразного клинического материала позволяло нам участвовать во всех урологических форумах 70—80-х годов. А самое главное, это было удобно для больных — у них был меньший период «хождения по мукам» в поисках специалистов, которые могли бы им оказать специализированную урологическую помощь.

В пятницу также решались некоторые проблемы, связанные с жизнью института, обсуждались решения собраний, график отпусков, поездок на усовершенствование и т.д.

В один из дней заговорили о том, что в институте голые стены, мало информации об урологах, работающих в клиниках. Больные всегда интересуются лечащими врачами. Бывая в других институтах, например, в Институте кибернетики, я видел шикарный стенд лучших ученых института — лауреатов, академиков, заслуженных деятелей и т.д. Такой стенд мы не «потянем». Но объективную информацию на скромном стенде дать можно и нужно.

Через две недели в вестибюлях висели стенды с фотографиями сотрудников, кратким описанием биографии и научных достижений. Стенд имел познавательное значение для больных и воспитательное — для персонала. Скажем, в справке было написано: работает над диссертацией. Эта же фраза не может долго быть в справке. Работа интенсифицировалась. Ранее написанная фраза заменялась: защитил кандидатскую диссертацию, ВАК присвоил ученое звание. В справках ежегодно исправлялись цифры опубликованных работ и т.д.

В процессе освоения работы в новом здании не все звенья точно стыковались. В первое время тормозом в лечебной работе были рентгенкабинеты. По нормам нагрузки и времени работы персонал не успевал своевременно обследовать всех госпитализированных больных для лечения и научной обработки. В результате больные в течение длительного времени ожидали операцию, неоправданно увеличивался предоперационный срок пребывания на койке — один из показателей хирургической деятельности лечебного учреждения.

Когда устранили затор с предоперационным обследованием больных, оказалось, что 4-х операционных столов и штатного количества операционных сестер недостаточно для своевременного выполнения оперативных вмешательств. Приведение в соответствие рентгенологической службы не повлияло на снижение показателя предоперационного койко-дня. Вновь пришлось решать вопрос о штатах операционных сестер через Министерство здравоохранения. В конечном итоге были укомплектованы 7 операционных столов с полным штатом сестер и санитарок. Наш опыт показал, что одного операционного стола на 60 коек в институте недостаточно. Нужно планировать один стол на 30 коек. Только после этого мы смогли развернуть оперативную работу на полную мощность. Исчезли задержки больных на операцию. Хирургическая активность повысилась до 63—65 %, но и это еще не было пределом.

У нас было три операционных дня в неделю — понедельник, вторник и четверг. В среду урологи участвовали в обследовании своих больных, занимались документацией, выпиской больных, анализировали результаты исследований тематических больных, писали

доклады, проводили эксперименты или другую работу, не связанную с операциями.

В лабораториях и клиниках института постоянно совершенствовались и улучшались методы функционально-морфологического исследования больных. Систематически внедрялись новые иммунологические, биохимические и микробиологические методы исследования.

Много внимания уделялось изучению уродинамики верхних и нижних мочевых путей в лаборатории электрофизиологии. Мы впервые внедрили электропиеломиографию и электроуретеромиографию на обнаженной лоханке и мочеточнике во время операции. С помощью этих методов мы выявили нейрологические причины возникновения гидронефроза и уретерогидронефроза. С новых позиций пересматривались и уточнялись методы диагностики. Предлагались новые научно обоснованные методы лечения. В моей клинике 7 сотрудников лабораторий выполняли докторские диссертации.

Привлечение сотрудников лабораторий к лечебно-диагностической работе в клинике себя оправдало. Совместная работа клиницистов и теоретиков чаще заканчивалась оформлением диссертаций, патентов, авторских свидетельств, рационализаторских предложений для внедрения в практическое здравоохранение. Статьи, монографии, справочники, руководства содержали новые данные и охотно принимались в печать, на съезды и различные конференции.

За период моего руководства Клиникой пластической и восстановительной урологии с октября 1969 года по март 1996 года в клинике находилось на лечении 47016 больных. Из них 22% были больные с двухсторонней патологией почек, 16% — больные с одной почкой, 21% — с рецидивными урологическими заболеваниями.

В Клинике выполнено 32990 операций, в том числе 30773 хирургических и 2217 эндоскопических, перечисленных ниже.

Хирургические операции:

- на почках — 13203;
- на сосудах мочеполовых органов — 947;
- трансплантация и аутотрансплантация почек — 105;
- на мочеточниках — 5570;
- на мочевом пузыре — 2978;
- на предстательной железе — 3722;
- на мочеиспускательном канале — 975;
- на органах мошонки и половом члене — 1504;
- редкие и комбинированные операции — 982;
- урогинекологические операции — 670;
- урохирургические операции — 105;
- пионерные операции, защищенные патентами — 12.

Эндоскопические операции:

- электрокоагуляция папилломы мочевого пузыря — 842;
- выпаривание опухоли мочевого пузыря лазером — 126;
- трансуретральная резекция предстательной железы — 711;
- электрокоагуляция кондилом — 137;
- экстракция камней мочеточника — 201;
- литотрипсия камней мочевого пузыря — 200.

Коллективом клиники выполнены 164 вида операций на органах мочеполовой системы у пациентов различного возраста — от новорожденных до пациентов пожилого и старческого возраста (96 лет).

О многом могли бы рассказать приведенные цифры, в них драмы, трагедии и радость пациентов. В цифрах — колоссальный труд целого поколения урологов, анестезиологов, реаниматологов и других специалистов, обслуживающих клинику, в них научные работы и монографии, в них опыт и квалификация урологов.

С первого дня работы в клинике я вел ежедневный учет операций, сделанных сотрудниками, с момента прихода и до передачи клиники в 1996 году Э.А. Стаховскому. Я видел, как профессионально росли мои сотрудники, большинство из которых я принял на работу, некоторых — прямо из института, 29 из них защитили докторские и кандидатские диссертации. Некоторые урологи не проявили интереса к научно-исследовательской работе, но стали хорошими практиками. Некоторые сотрудники не выдерживали трудового ритма и напряженной работы клиники и уходили из коллектива.

Но те, кто выдерживал трудовое напряжение, вливался в коллектив, стремился овладеть знаниями урологии, добились хороших успехов.

С апреля 1996 года, после перехода на должность главного научного сотрудника, веду учет только лично сделанных операций. Всего в Киеве с 1969 по 1998 годы мною выполнено 5978 операций — простых, сложных, очень сложных, уникальных, оригинальных, пионерных. Они внесли известный вклад в развитие оперативной урологии, многие из них защищены авторскими свидетельствами и патентами, получили общественное признание, в том числе, в виде Государственной премии Украины. Описанные мною оригинальные операции внедрены в практику урологических отделений в Украине и странах СНГ.

Помимо института, мне приходилось много оперировать в урологических отделениях правительственной больницы Феофания, в военном госпитале №408 и республиканском госпитале МВД, в областных урологических отделениях, в других республиках и зарубежных странах.

Каким бы разделом хирургии я ни занимался, более всего я проявлял интерес к пластическим, восстановительным, реконструктивным и повторным операциям, которые всегда были сложными, оригинальными, требовали принятия нестандартных технических решений. Меня всегда привлекали органосохраняющие оперативные вмешательства, которые я старался выполнить в один этап, с минимальной частотой осложнений. Всегда начинал и заканчивал операцию сам. Широко привлекал к сложным операциям старших помощников, и молодежь — к простым операциям.

За время работы в институте, куда госпитализировали пациентов с наиболее сложными урологическими заболеваниями, мы всем коллективом освоили и внедрили в практику новые операции или усовершенствовали ранее существовавшие оперативные вмешательства по поводу гидронефроза, уретерогидронефроза, опухоли почек, трансплантации и ауто трансплантации почек, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, склероза предстательной железы. Занимались созданием искусственного мочевого пузыря из тонкого и толстого кишечника при опухолях, сморщивании и экстропии мочевого пузыря у женщин, формировали мочеиспускательный канал из передней стенки мочевого пузыря или влагалища. Создавали влагалище из тонкой и толстой кишки при его врожденной атрезии. Занимались кишечной пластикой мочеточников при их врожденных аномалиях и травматическом повреждении. Накладывали венозные анастомозы при варикоцеле. Разработали одномоментную пластику мочеиспускательного канала при гипоспадии. Применяли протезирование яичек и пластику при первичной и рецидивной травматической стриктуре мочеиспускательного канала. Зашивали пузырно-влагалищные и мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-влагалищно-прямокишечные, пузырно-маточные, пузырно-кишечные свищи вследствие акушерско-гинекологических, урологических, хирургических, онкологических операций и травм.

В своей научной и практической работе, начиная с работы над кандидатской диссертацией, большое внимание уделял теории и разработке оперативных доступов. Работая в головном институте, куда госпитализировали пациентов после неудачного оперативного лечения урологических заболеваний, я убедился, что часто неудачи обусловлены недостаточным или неправильно выбранным оперативным доступом. Хорошим оперативным доступом считается тот, который обеспечивает максимальные удобства для качественного выполнения наиболее важного этапа операции, при хорошем визуальном контроле, осуществление вмешательства с минимальным риском для боль-

ного, щадяще и, если хотите, элегантно. Поэтому я не останавливался перед необходимостью расширения операционной раны, если этого требовали условия операции.

При возникновении кровотечения из крупных сосудов никогда не стремился наложить кровоостанавливающий зажим вслепую или затампонировать операционную рану. Старался пальцами левой руки закрыть отверстие в кровоточащем сосуде или сдавить его, а уже после остановки кровотечения тем или иным способом зашить отверстие в поврежденном сосуде. Такая методика остановки кровотечения меня неоднократно выручала. Я узнал, что подобный метод остановки интраоперационного кровотечения пальцем предпочитают академик Б.В.Петровский и профессор Войно-Ясенецкий, признанные авторитеты в хирургии.

Оперативные разрезы я предпочитаю называть анатомическими терминами, для почки: межреберно-эпигастральный, межреберно-мезогастральный, межреберно-гипогастральный, подреберный (с пересечением или без пересечения ребра). Для операции на мочевом пузыре отдаю предпочтение разработанному профессором К.Т.Овнатяном и мною надлобковому дугообразному внебрюшинному разрезу. Его иногда ошибочно называют разрезом Пфанненштиля. Это не так. Разрез Пфанненштиля производится на 4—5 см выше лобка, он предполагает вскрытие брюшной полости. При применении нашего разреза брюшная полость не вскрывается. Разрез брюшной стенки производим на 1 см выше лобка. Это обеспечивает хорошую экспозицию при вмешательстве на мочевом пузыре, предстательной железе и тазовом отделе мочеточника.

Многие операции, в частности, прямую и непрямую уретероцистостомию, резекцию мегациста и другие, выполняю срединным разрезом через брюшную полость. Брюшину использую для герметизации мочеточниково-пузырных анастомозов.

Если состояние здоровья больного позволяет, предпочитаю выполнять операцию в один этап: легче предупредить и лечить острый пиелонефрит и почечную недостаточность. Кроме того, меньше страдает психика пациента: одно дело решиться на одну операцию и другое — на две.

Руководимый мною коллектив изучал проблемы двусторонней патологии почек. На эту тему сотрудники клиники написали ряд статей, сделали несколько докладов. Вместе с А.С.Переверзевым написали монографию по двусторонней патологии почек, которая подвела итог большому разделу нашей научной работы.

В поле научных исследований клиники была функция и патология единственной почки. На эту тему наши сотрудники сделали основные доклады на Всесоюзном пленуме урологов в 1976 году в городе Чимкенте и получили высокую оценку аудитории. В последующем на эти работы различные авторы неоднократно ссылались в своих исследованиях.

Некоторые общепризнанные методы лечения мы пересмотрели, в частности ограничили показания к нефропексии при нефроптозе у детей и взрослых. Вместе с Ю.А.Абрамовым изучили физиологическую подвижность почек у детей и разработали методы консервативной терапии, включая физические упражнения. Кстати, мне недавно стало известно, что в США нефропексию как метод лечения нефроптоза больше не применяют.

Нефропексию производим только при перекруте сосудов почек и нарушении гемоциркуляции в почке. Применяем, как мне кажется, наиболее щадящий метод Томусяка — подвешивание почки на мышечно-апоневротическом лоскуте.

Мы ограничили показания к выполнению нефростомии при гематогенных острых гнойных заболеваниях почек, включая карбункул, при условии, что пассаж мочи по мочеточникам не нарушен. Рассечение капсулы почки (не иссечение) от конца до конца органа, дополненное иссечением карбункула, при интенсивной антибиотикотерапии и назначении мочегонных средств позволяло устранить острый гнойный процесс в паренхиме и сохранить почку.

Ниже я позволю себе остановиться более подробно на некоторых разделах оперативной уронефрологии, которыми клиника занималась целенаправленно, что позволило внести весомый вклад в развитие соответствующих разделов урологии. По этим разделам написаны диссертации, монографии, статьи, новые методы защищены авторскими свидетельствами и патентами.

Трансплантация почек

Проблема трансплантации почек обсуждалась при первом знакомстве с министром здравоохранения Украины Василием Дмитриевичем Братусем в апреле 1969 года. Второй раз проблему трансплантации почек Василий Дмитриевич затронул перед моим вступлением в должность директора института 23 июля того же года.

Министр здравоохранения придавал большое значение этой проблеме, но причину повышенного интереса я узнал значительно позже.

Знакомясь с научными сотрудниками и особенно с заведующими лабораториями и клиниками института, я прикидывал, что каждый из них сможет сделать для трансплантации почки. Лабораторией иммунологии заведовал профессор А.В.Соколов. Он перешел из Института гематологии, интересовался проблемами трансплантационного иммунитета, работал над созданием антилимфоцитарной сыворотки, изъявил желание участвовать в проблеме трансплантации почки.

Отделение терапевтической нефрологии возглавлял по совместительству профессор А.П.Пелешук. В его клинике работали Л.А.Пыриг и Н.Я.Мельман. Они активно занимались гломерулонефритом, пиелонефритом, почечной недостаточностью. По этим проблемам клиника активно сотрудничала с Н.Т.Тереховым, возглавлявшим лабораторию программного гемодиализа, который был хорошо знаком с проблемами лечения больных с хронической почечной недостаточностью нефрологического генеза.

В то время институт получил современную восьмиместную американскую «искусственную почку» фирмы «Sweden» для программного гемодиализа. Аппарат стоял запакованный — не было инструкции на русском языке, без которой инженеры Укрмедтехники приступить к монтажу аппарата не хотели. По контракту шеф-монтаж почки американскими сотрудниками не был предусмотрен из-за экономии валюты, а также в надежде, что наши специалисты справятся с монтажными работами.

В медтехнике мне заявили: будет переведена инструкция — возьмемся за монтаж.

Мой сын Алексей, в то время студент IV курса мединститута, зная английский язык, перевел на русский язык инструкцию к аппарату «искусственная почка», участвовал в ее монтаже и пуске аппарата в эксплуатацию.

В Институте были биохимическая, бактериологическая лаборатории, руководители и сотрудники которых проявляли интерес к затронутой проблеме и заявили о своем желании участвовать в разработке проблемы трансплантации почки.

В результате проведенной организационной работы в институте сформировался коллектив из 35 научных сотрудников, в который входили урологи, нефрологи, анестезиологи-реаниматологи, иммунологи, биохимики, микробиологи, электрофизиологи и морфологи. Мы приступили к планированию научной темы по трансплантации почки, ставя конечной целью внедрение метода пересадки почки в клиническую практику. Был составлен подробный календарный график проведения экспериментальных и клинических работ.

Изучая опыт трансплантации почки, я познакомился с работами отечественных и зарубежных авторов.

Впервые пересадку почки в эксперименте на животных произвели в 1902 году E.Ulman, A.Decastello и A.Carrel независимо один от другого. A.Carrel начал свою работу, будучи студентом медицинского факультета Лионского университета (Франция). В 1904 году он переехал в Галловскую лабораторию физиологии (Чикаго), где продолжал заниматься экспериментальными операциями на сосудах при пересадке конечностей и органов. За эту работу A.Carrel в 1912 году был удостоен Нобелевской премии. В 1910 году ученый высказал мнение, что техническая сторона трансплантации почки в общем решена, но биологическая проблема трансплантации — механизм взаимодействия организма с донорской почкой — не решена.

Классические работы профессора R.V.Medowar (1943, 1945, 1946, 1947) доказали существование реакции отторжения донорской ткани организмом реципиента. После открытия R.V.Medowar, благодаря активным усилиям ученых всего мира, были достигнуты значительные успехи в изучении трансплантационной иммунологии, как в лабораторных условиях, так и в клинической практике. Стало возможным влиять с помощью иммуносупрессоров на реакцию отторжения и тем самым сохранять жизнеспособность и функцию трансплантированной почки в течение неограниченного времени. В 1952 году G.Hume, J.E.Merrill и соавторы доложили о результатах гомотрансплантации почки у 6 больных, из них у 3 — трансплантат (R.Kuss и соавт., 1951) функционировал более 1 мес. В 1955 году те же авторы сообщили еще о 8 операциях: почечный трансплантат был пересажен на бедренные сосуды, а мочеточники — выведены на кожу.

В 60-е годы XX в. в научной литературе периодически появлялись отчеты о трансплантации почки от живых доноров и трупов (D.M.Namt 1962; I.F.Murroy и соавт., 1963; T.E.Starzl, 1964; McLean, 1965 и др.). Подбор пар донор-реципиент проводили по изоантигенам системы АВ0, то есть по группам крови. D.Hume в качестве критериев смерти донора принимал отсутствие дыхания, сердцебиения, «плоские» электрокардиограммы и энцефалограммы. Однако в последующем этих критериев оказалось недостаточно.

D.Hume с 1962 по 1966 году выполнил 102 трансплантации почки, летальность 31,7%.

В 30-х годах XX в. Украина была в числе ведущих стран мира в развитии трансплантологии.

Пионерами в трансплантологии были академик В.П.Филатов (Одесса), профессор В.Н.Шамов (Харьков) и профессор Ю.Ю.Воро-

ной (Киев). Ю.Ю.Вороного я помнил — он был гостем нашей клиники в Донецке.

Профессор В.Н.Шамов (Харьков) проводил экспериментально-клинические исследования в целях переливания трупной крови. Академик В.П.Филатов (Одесса) успешно использовал роговую оболочку глаза трупов для восстановления зрения у слепых.

Профессор Ю.Ю.Вороной (Харьков) занимался разработкой проблемы трансплантации почки в экспериментах на собаках. Он был достаточно теоретически и практически подготовлен для пересадки почки в клинических условиях. Ю.Ю.Вороной впервые в мире (что, кстати, зафиксировано в «Книге рекордов Гиннесса») пересадила почку от трупа женщине, которая отравилась сулемой. Через 6 часов после смерти донора почка была извлечена из трупа и пересажена реципиенту на сосуды правого бедра. Вскоре после наложения сосудистых анастомозов появилась перистальтика мочеточника и выделилось несколько капель мочи.

После обменного переливания крови содержание ртути в крови больной снизилось до 1, 5 мг/л. Больная после операции прожила 48 часов.

В 1950 году Ю.Ю.Вороной, будучи заведующим отделом экспериментальной хирургии Украинского института экспериментальной биологии и патологии им. А.А.Богомольца, опубликовал результаты еще 5 операций пересадки консервированной трупной почки человеку, в целях биостимуляции собственных почек реципиента, пораженных нефритом (Врачебное дело. — 1950. — № 9. — С. 1—7).

Ю.Ю.Вороной своими экспериментально-клиническими исследованиями опередил западных ученых в вопросах трансплантации трупной почки на 35 лет. Еще в 1933 году он сделал прогностически верный вывод, которым обосновал основные пути развития трансплантации почки: «Почки «свежих» трупов в состоянии оживать и функционировать при пересадке новому хозяину; вмешательство это вполне безопасно для больного и показано при ряде заболеваний почек, при этом необходимо учитывать значение иммунобиологических факторов» (Труды Всеукраинского института неотложной хирургии и переливания крови. — 1934. — Вып. 1. — С. 221—233. Из научно-опорного пункта г. Херсона, зав. — доктор Ю.Ю.Вороной) *.

* Некоторые подробности первой пересадки трупной почки в Украине в условиях клиники, отличные от того, как описано Ю.Ю.Вороным в приведенной статье, опишет А.С.Переверзев и соавторы в работе «Еще раз об истории трансплантации почки в Украине» (Нефрогенная гипертензия: Сб. науч. тр. IV Междунар. науч.-практ. конф. урологов и нефрологов 12—13 сент. 1966 г., Харьков). Выдержки из статьи приведены далее.

Статья Ю.Ю.Вороного не прошла незамеченной на Западе, однако в иностранной литературе на нее почти не ссылаются.

В публикации Ю.Ю.Вороного приведена версия, что эта трансплантация была осуществлена по поводу уремии, возникшей у молодой женщины, отравившейся сулемой. В действительности же первая трансплантация почки произошла при следующих трагических обстоятельствах.

Накануне в соседней гинекологической клинике была оперирована 26-летняя женщина, которой по ошибке была удалена единственная тазово-дистопированная почка, принятая за пораженную опухолью матку.

У пациентки, жены крупного военачальника, часто возникало маточное кровотечение, что заставило предположить у нее наличие опухоли матки, в связи с чем и было предложено радикальное оперативное вмешательство и получено согласие на его выполнение. По вскрытии брюшной полости в малом тазу было обнаружено ранее прощупывавшееся бугристое образование, отличавшееся от нормальной матки даже окраской. После постепенной перевязки сосудов и сращений орган мобилизован и отсечен. К ужасу хирурга при рассечении удаленной «матки» обнаружена лоханочно-чашечная система галетообразной почки.

Обнаружив ошибку, потрясенный хирург побрел домой и стал ждать, когда за ним приедет НКВД.

На следующий день о случившемся узнали в соседней клинике факультетской хирургии, и ассистент академика В.Н.Шамова Ю.Ю.Вороной, занимавшийся вопросами клинической иммунологии (одной из научных тем клиники была разработка возможности переливания фибринолизной трупной крови), предложил в качестве «операции отчаяния» пересадить больной трупную почку. Согласие руководителя клиники было получено, и почка, взятая от свежего трупа 60-летнего мужчины с однокрупной кровью, была пересажена на переднюю поверхность правого бедра обреченной женщины. Из пересаженной почки даже выделилось несколько миллилитров мочи, но потом она перестала работать. Прожив чуть более суток, женщина умерла. На вскрытии был выявлен тромбоз сосудов в зоне анастомоза. Этот препарат с этикеткой «Тромбоз сосудов пересаженной почки» (как будто сама пересадка была обычным делом и интерес препарата заключался главным образом в тромбозе сосудов) вот уже более 63 лет хранится в музее кафедры патологической анатомии Харьковского медицинского университета. Почка развернута обычным прозекторским сечением, на котором хорошо видны тромбированные сосуды, но состояние паренхимы определяется уже не совсем четко.

А за оперировавшим больную гинекологом пришли коллеги и напомнили, что в клинике его ждут больные. Позже он был вызван для беседы к первому секретарю Компартии Украины Г.И.Петровскому, которому признался в недостаточном предоперационном обследовании женщины. Никаких репрессий в отношении его не последовало. В «компетентные органы» были приглашены В.Н.Шамов и непосредственный исполнитель операции Ю.Ю.Вороной, которым было предъявлено обвинение в проведении «необоснованных экспериментов на человеке», но, видимо, компетентность ученых в этом вопросе оказалась выше, и дело было прекращено.

В развитии трансплантации почки выдающуюся роль сыграло создание аппарата «искусственная почка» (W.J.Kolff, 1943), внешнего артериовенозного шунта (W.Quinton, B.N.Scribner, 1960), артериовенозной фистулы (A.M.Bruse, 1966). С помощью «искусственной почки», шунтов и артериовенозных фистул удалось выводить продукты обмена и лишнюю жидкость из организма и поддерживать гомеостаз.

Изучение иммунной природы несовместимости тканей, разработка химических препаратов, способных блокировать иммунный ответ на аллотрансплантат, позволили ученым разных стран начать активную разработку методов борьбы с тканевой несовместимостью, применяя иммунодепрессивные препараты.

В 60—70-е годы XX в. интенсивно развиваются методы консервации почки, а также пересадки почки от живого донора и трупа в клинических условиях.

В конце 1969 года я доложил Министру здравоохранения Украины В.Д.Братусю о проделанной организационной работе и готовности коллектива института с января 1970 года планировать комплексную научную работу по трансплантации почки. Мои начинания он одобрил.

Научные сотрудники вместе со мною каждую среду собирались в виварии для проведения экспериментальных операций и соответствующих научных исследований — разрабатывалась техника операций, совершенствовались методы холодовой перфузии почки, изучались обменные процессы в почке, извлеченной из организма. Наряду с пересадкой почки на подвздошные сосуды, иммунологи вместе с биохимиками пересаживали почки на шейные сосуды с образованием мочеточниково-кожной фистулы для последующего исследования клиренс-тестов, биохимических и иммунных показателей.

Бригада урологов под руководством Е.Я.Барана разрабатывала оригинальную технику изъятия и консервации трупных донорских почек для трансплантации.

С нефрологами мы изучали показания и противопоказания к трансплантации почки, обсуждали вопросы о пределах консервативной терапии при почечной недостаточности в терминальной стадии.

В.Д.Братусь периодически интересовался ходом экспериментальной работы и возможным сроком первых операций трансплантации почки в клинике. Экспериментальная работа, продвигалась успешно, успешно развивался программный гемодиализ. Эксперимент длился 1 год. За это время бригада хирургов освоила все детали техники операции, методику холодовой перфузии, был накоплен значительный опыт послеоперационного ведения экспериментальных животных.

Задержка внедрения трансплантации почки в клинике более чем на 1,5 года произошла из-за отсутствия в Украине закона о пересадке органов и тканей.

С конца 50-х до 70-х годов XX в. среди ученых-медиков всего мира шла активная дискуссия о понятии «клиническая смерть», а главное — как ее констатировать. В ведущих клиниках появились больные, которые месяцами находились на управляемом дыхании без признаков сознания, некоторые из них в последующем возвращались к активной жизни. Отключение дыхательного аппарата при работающем сердце стало вопросом не только врачебной морали, но и проблемой в юриспруденции.

В связи с затронутыми вопросами ученые стали выделять клиническую и биологическую смерть. В стадии биологической смерти почка не пригодна для трансплантации из-за длительной гипоксии. Это урологи хорошо знают на опыте некоторых урологических операций, которые осложняются острой почечной недостаточностью.

Но как распознать процесс перехода клинической смерти в биологическую? При грамотном оказании высококвалифицированной реанимационной помощи иногда удавалось возвращать к жизни больных, находившихся в состоянии клинической смерти, после длительного отсутствия сознания. В качестве примера приводилась история болезни академика Я.Д. Ландау, который после дорожно-транспортного происшествия в течение 6 недель был без признаков сознания с отсутствием энцефалограммы, но потом вернулся к жизни и даже к научной работе.*

* Академик П.Л.Капица пишет: «Когда к Ландау вернулось сознание, его умственные способности восстанавливались очень медленно и к творческой научной работе он вернуться уже не мог. Его физическое здоровье также полностью не восстановилось» (Эксперимент, теория, практика. — М.: Наука, 1977. — С. 301).

Нерешенность теоретических вопросов констатации смерти отсрочила создание общепризнанной инструкции по изъятию трупной почки для трансплантации. В каждой стране они были разные. Государственные юридические органы Украины тогда и сейчас неохотно издавали документы, разрешающие взятие трупных органов.

С этим мы столкнулись в Киеве в 1970 году.

Вместе с Всеволодом Матвеевичем Козлюком посетили заместителя министра юстиции Украины. После изложения цели визита я ввел его в курс истории трансплантации почки в мире, в Украине и в Москве. Заместитель министра юстиции, выслушав нас с В.М.Козлюком, просил дать ему время для ознакомления с юридической стороной проблемы, а также потребовал копии документов, согласно которым Минздрав СССР разрешило трансплантацию трупной почки в клинических условиях. В то время был единственный документ Минздрава СССР — приказ № 464 от 25.06.69. В нем предлагалось в Украине организовать центр трансплантации почки в Киевском институте урологии. Во время следующего визита в Министерство юстиции заместитель министра разъяснил, что в соответствии с приказом Минздрава СССР, мы имеем право производить пересадку трупной почки в клинических условиях. Дополнительных приказов нам не нужно.

В ноябре 1971 года я доложил Министру здравоохранения Украины В.Д.Братусю и ученому совету Минздрава Украины, что подготовленная бригада сотрудников института готова к пересадке почки в клинических условиях.

7 декабря 1971 года докладывал Президиуму ученого медицинского Совета Минздрав СССР о выполнении приказа № 464 от 25.06.69 г. о готовности Института урологии к пересадке почки в клинике. На президиуме было принято решение рекомендовать Министру здравоохранения СССР разрешить Киевскому НИИ урологии и нефрологии пересадку почки в клинике.

В.Д.Братусь сообщил мне, что 8 декабря 1971 года Министр здравоохранения СССР Б.В.Петровский приглашает нас для беседы, речь, по-видимому, пойдет о трансплантации почки. Одновременно Василий Дмитриевич посоветовал мне как Главному урологу Минздрава Украины быть готовым к докладу о том, как в Украине выполняется приказ Минздрава СССР № 50 «О развитии урологической службы в стране».

К такому визиту я был готов, поскольку проблемой трансплантации занимался лично, а выполнение приказа № 50 также держал под своим контролем.

Более того, многие наши идеи были учтены в приказе №50. Вопросы развития сети, создания межрайонных урологических отделений, подготовка кадров, специализация и усовершенствование урологов, качественные показатели оказания урологической помощи населению у меня были в памяти как и примеры по наиболее частым нозологическим единицам. В то время я как Главный уролог Минздрава Украины курировал также уроонкологию, урофтизиатрию и детскую урологию. По этой части у меня была хорошая помощница Л.П.Павлова.

В назначенный час мы с Василием Дмитриевичем были в кабинете Министра здравоохранения СССР Бориса Васильевича Петровского в Рахманиновском переулке, 3. После приветствия и общих фраз он предложил перейти в комнату отдыха для обсуждения затронутых вопросов в более непринужденной обстановке.

Как и предполагал В.Д.Братусь, беседа началась с проблем трансплантации трупной почки. Я доложил Б.В.Петровскому, что в институте создан научный коллектив из 35 специалистов для долгосрочного изучения проблемы трансплантологии почки. Сказал о проделанной экспериментальной работе, о перспективах размещения отделения трансплантации в новом корпусе института, который войдет в строй в середине 1972 года.

Борис Васильевич задал ряд вопросов по технике отдельных этапов операции. По его реакции я понял, что он удовлетворен ответами. Но все же он спросил:

— Как, на ваш взгляд, коллектив готов к пересадке почки в условиях клиники?

— Да, готов, Борис Васильевич. Все, что нужно для этой операции, у нас имеется.

Борис Васильевич обращается к В.Д.Братусю:

— Василий Дмитриевич, так что, разрешаем коллективу Института урологии приступить к пересадке почки в клинике?

— Борис Васильевич, думаю, можно разрешить.

— Быть по сему, — подытожил разговор Борис Васильевич.

К концу разговора в комнату вошла секретарь министра и начала сервировать стол (время-то обеденное): бутерброды с сыром, лососем, ветчиной, паюсной икрой, печенье, чай или кофе по желанию.

— На столе такая закуска, что не вредно бы и по рюмке коньяку выпить, — предложил хозяин кабинета.

Мы с Василием Дмитриевичем поддержали инициативу хозяина.

Обсуждение состояния урологической службы затянулось на больший срок, чем предполагалось. Бориса Васильевича заинтересо-

вало все, что касается развития урологической службы, подготовки кадров. Я привез ему наши справочники основных показателей урологической и нефрологической помощи за 1969 и 1970 годы. Дальнейшее обсуждение состояния урологической службы шло наглядно по таблицам в справочнике, мне лишь приходилось давать некоторые пояснения.

Я остановился на роли приказа №50 Минздрава СССР, который регламентировал развитие урологической службы в стране. В частности, указал на его роль в подготовке кадров урологов высшей квалификации. В республике началась интенсивная подготовка докторов и кандидатов наук на вакантные должности на кафедрах. Б.В.Петровский был доволен, что мы в Украине высоко оценили и реализовали приказ №50.

В процессе визита к Б.В.Петровскому фактически был решен вопрос о трансплантации почки в Институте урологии, который официально закреплена в приказе №909 от 20.12.71. Дальнейшему развитию трансплантации почки в Украине способствовали указы о создании нефрологической службы и временное положение о порядке изъятия почки у трупов для трансплантации. Временная инструкция действовала до 1999 года, более четверти века.

Для ознакомления с опытом работы отделений трансплантации почки я направил бригаду сотрудников во главе с Е.Я.Бараном в Москву в Институт трансплантации органов и тканей (директор — академик РАМН В.И.Шумаков), Институт клинической и экспериментальной хирургии (директор — академик Б.В.Петровский) и клинику урологии и оперативной нефрологии (директор — академик Н.А.Лопаткин), а позже — в ГДР к профессору М.Мебелю.

В приказе Минздрава УССР №540 были указаны учреждения, где мы в Киеве имели право изымать трупные почки для пересадки (Институт нейрохирургии и отделение нейрохирургии больницы №14). Городскую станцию скорой медицинской помощи приказ обязывал обеспечивать транспортом в любое время суток бригаду для взятия почечных трансплантатов.

С нефрологами начали конкретно подбирать пары донора и реципиента. Селекция донора и реципиента тогда проводилась лишь по эритроцитарным антигенам системы АВ0 и резус-фактору. Выбор для первой операции пал на братьев Вишня. Местом пересадки выбрана операционная хирургического отделения больницы для обслуживания водников, поскольку в этой больнице располагались отделение нефрологии и наша лаборатория программного гемодиализа.

Я доложил Министру здравоохранения Украины о готовности сотрудников института выполнить пересадку почки в клинических условиях. Он просил на первую операцию пригласить его.

16 мая 1972 года в присутствии Министра здравоохранения Украины В.Д.Братуся, мы с сотрудниками института выполнили первую в Киеве трансплантацию почки от живого донора.

Список участников операции по пересадке почки, составленный мною накануне.

1. Обследование реципиента и донора — Е.Ф.Чернушенко, А.П.Пелешук, Н.Я.Мельман.
2. Аортография — А.С.Переверзев.
3. Подготовка больного к пересадке (шунтирование, гемодиализ и т.д.) — Н.Т.Терехов, Д.А.Гречинская.
4. Обезболивание, интенсивная терапия — О.П.Богатов, В.Ф.Ковельский, О.А.Лухтионова (анестезиологи).
5. Нефрэктомия — В.С.Карпенко, П.С.Черненко, П.С.Вукалович, операционная сестра Галина (обл. больница).
6. Пересадка почки — В.С.Карпенко, Н.Т.Терехов, Е.Я.Баран, А.С.Переверзев, операционная сестра Тамара (обл. больница).
7. Перфузия почки — Ю.Е.Сергейчук, М.С.Деркач, Паленная.
8. Переливание крови — Сафронова.
9. Дежурная по операционной — врач Филонова.
10. Дежурство I сутки — О.П.Богатов, Н.Т.Терехов, О.А.Лухтионова.
11. Дежурство II сутки — В.Ф.Ковельский, Д.А.Гречинская, Е.Я.Баран.
12. Дежурство III сутки — О.А.Лухтионова, А.С.Переверзев, М.С.Голигорский (лаборант).

Первая трансплантация почки от брата брату заслуживает подробного описания. Операцию выполняли на двух операционных столах. На первом столе я при участии П.С.Черненко и П.С.Вукаловича изъял левую почку из организма донора. Холодовую перфузию ее обеспечивал Е.Я.Баран.

На втором столе Н.Т.Терехов вместе с А.С.Переверзевым и Е.Я.Бараном забрюшинным разрезом обнажили правую подвздошную вену и правую внутреннюю подвздошную артерию.

Выделение подвздошных сосудов прошло без всяких осложнений. Взятие донорской почки оказалось сложнее, чем хотелось: почечная артерия имела рассыпное строение. На расстоянии 10 мм от стенки аорты от почечной артерии отходила веточка диаметром 2 мм к верхнему концу почки. Такая анатомия почечной артерии значи-

тельно затруднила изъятие донорской почки (в статье А.С.Переверзева и соавторов анатомия почечной артерии описана неточно и дата операции не 16 марта, а 16 мая 1972 года).

Пришлось выделить аорту выше и ниже почечной артерии, взять ее на турникеты, наложить отжимающий зажим на стенку аорты. Все эти этапы выполнены без осложнений. Почечная артерия отсечена от аорты. Перевязана и пересечена почечная вена. Перевязан и пересечен предварительно выделенный мочеточник. Почка передана Ю.Е.Сергейчуку для холодной перфузии.

Я с помощниками зашил стенку аорты. После поочередного снятия зажима и турникетов с аорты кровотечения не было. Аорта зашита надежно. П.С.Черненко и П.С.Вукалович остались зашивать операционную рану у донора.

Я же перешел на второй стол для пересадки донорской почки реципиенту вместе с Е.Я.Бараном, А.С.Переверзевым и Н.Т.Тереховым. Почечная артерия была сшита с внутренней подвздошной артерией «конец в конец», почечная вена соединена путем наложения анастомоза «конец в бок» с общей подвздошной веной.

Сняли зажимы-«бульдоги» с кровеносных сосудов. Сосудистые анастомозы оказались состоятельными. Дополнительных швов по периметру анастомозов накладывать не пришлось.

После восстановления кровообращения донорская почка постепенно начала увеличиваться и достигла нормальных размеров; окраска ее из белесоватой стала розово-красно-бордовой (нормальной), тургор ткани почки восстановился.

Все с нетерпением ждали появления мочи из мочеточника. Мочеточник сократился и через 1—1,5 минуты появилась моча, причем с каждой минутой интенсивность ее выделения увеличивалась, появилась небольшая струйка.

Как бывает в таких ситуациях, длительное напряжение сменилось оживлением участников операции. Все поняли: раз есть моча, операция сделана правильно. Значит, все участники хирургической бригады сработали хорошо. Вскоре возбуждение сменилось деловой активностью и продолжением операции.

Уретероцистонеостомию выполнили забрюшинно с применением антирефлюксной защиты по Мебелю. Мочевой пузырь дренировали катетером Фолея. Переднюю стенку живота зашили наглухо.

В.Д.Братуся поздравил коллектив с успешной трансплантацией почки и уехал.

Мы же все остались в отделении, наблюдали за первыми часами послеоперационного периода. Больной (реципиент) своевременно проснулся от наркоза.

Ночь прошла в общем-то спокойно. Показатели гемодинамики у реципиента были в пределах нормы. Сохранялась умеренно выраженная тахикардия без нарушения ритма сердца. В течение ночи продолжалось интенсивное выделение мочи. Гомеостаз поддерживали внутривенными вливаниями.

К лечению больных активно подключились нефрологи. Применяли меры против реакции отторжения. Гемодиализ больному не потребовался. Нам удалось провести больного через все сложности послеоперационного периода. Выписали его в удовлетворительном состоянии.

В течение 1972 года бригада урологов в том же составе выполнила еще две пересадки почки от матери сыну и от матери дочери.

Оперированные нами больные, когда донорами были матери, хорошо перенесли послеоперационный период. Они были выписаны и находились под наблюдением наших урологов и нефрологов.

О первых двух успешных операциях трансплантации от живого донора (от брата брату и от матери сыну) было доложено в ноябре 1972 года на совместном заседании научных обществ урологов и хирургов г.Киева с демонстрацией больных.

Наши пациенты (Вишня и Петровский), несмотря на повышенный интерес аудитории, вели себя достойно и даже пытались шутить, вызывая оживление в зале. Демонстрация проходила в аудитории клиники акушерства и гинекологии больницы №22.

Аудитория была переполнена. Интерес к демонстрации больных после пересадки почки был чрезвычайно большой. Задавали массу вопросов. Маститые хирурги — М.М.Ковалев, И.И.Кальченко, А.А.Федоровский, Д.Ф.Скрипниченко, И.М.Матяшин, М.И.Коломийченко — одобрительно отозвались о первом опыте трансплантации в нашем институте и пожелали успешно развивать этот раздел хирургии в Украине.

Пересадка почки от живого донора меня и моих коллег не очень удовлетворяла. Где гарантия, что у донора в единственной почке не образуется опухоль или не возникнет гематогенный пиелонефрит со всеми вытекающими последствиями?

Поэтому ученые института решили основную ставку делать на трансплантацию трупной почки.

Первая успешная трансплантация трупной почки была произведена 7 сентября 1973 года. Почки забирала бригада урологов, руководимая Е.Я.Бараном, по усовершенствованной им методике. Взятию почки предшествовала холодовая перфузия консервирующим раствором Колинза. Эта процедура фактически исключала или, по крайней

мере, сводила к минимуму первый этап тепловой ишемии почечного трансплантата. Мы хорошо овладели наложением сосудистых анастомозов. На этот, самый ответственный этап операции, уходило от 28 до 30 минут. Поэтому второй период тепловой ишемии был непродолжительным. Трупный почечный трансплантат через 3—5, реже 10—12 минут после восстановления кровоснабжения в почке начинал выделять мочу по мочеточнику.

1973 год знаменателен тем, что приказом Минздрава УССР был создан Киевский центр трансплантации почки на базе нашего института, в который входили моя клиника, лаборатория гемодиализа, клиника терапевтической нефрологии, а также лаборатории Института иммунологии, биохимии, электрофизиологии мочевой системы, микробиологии, морфологии, которые были задействованы в разработке научной тематики. Приказ министра фактически узаконил то, что уже было создано и действовало.

Отделение гемодиализа находилось в урологическом корпусе, где располагались общие операционные и трудно создать абсолютно стерильные условия, необходимые для трансплантации почки и ведения больных после операции.

Стало быть, проблема размещения Центра трансплантации почки ждет своего окончательного решения. С 1973 года в институте стало возможно производить от 15 до 30 операций трансплантации почки в год. Для ведения научных исследований такое количество операций может быть достаточно, но совершенно недостаточно для нужд практического здравоохранения. Первый доклад о пересадке почки от имени В.С.Карпенко, Е.Я.Барана, А.С.Переверзева и П.С.Черненко «Пересадка почки в лечении терминальной стадии почечной недостаточности» был сделан мною на IX съезде терапевтов Украины 22—24 марта 1973 года в Днепропетровске.

Реализация плана развития трансплантации почки в системе органов здравоохранения Украины ждала своего решения.

Потребность в центрах трансплантации и гемодиализа в Украине видна из следующих расчетов.

По данным института, на 100 000 населения в 1972 году было 66,1 больных гломерулонефритом. В пересчете на все население Украины, в 1975 году насчитывалось 42 000 больных хроническим гломерулонефритом. На 100 000 населения смертность от хронического гломерулонефрита составила 3,8, то есть из 42 000 больных гломерулонефритом ежегодно умирали 1900—1950! Учитывая молодой возраст пациентов, проблема приобретала важное социальное значение. Наши 15—30 операций пересадки почки в год — это капля в море!

За 7 лет с 1970 года программный гемодиализ в институте применен у 456 больных. Им проведено 6 925 сеансов гемодиализа. На тех площадях, что занимает отделение трансплантации с лабораторией гемодиализа, делать больше — значит нарушать технологию лечебного процесса.

Если сопоставить число больных с количеством сеансов гемодиализа, то становится ясно, что это тяжелобольные, инвалиды, которые нуждаются в гемодиализе 2—3 раза в неделю. Других центров в республике нет. Амбулаторный и домашний гемодиализ не практиковался из-за недостаточного количества аппаратов.

Следовательно, нужно начинать с организации нефрологической службы; специалисты неоднократно поднимали вопрос в Министерстве здравоохранения СССР и УССР.

4 апреля 1974 года Минздрав СССР издал приказ №292 о развитии нефрологической службы в стране. На основании этого приказа в Украине был издан приказ №167, которым предусматривалось создание консультативных амбулаторных приемов, нефрологических отделений на 40—60 коек в областных больницах, а также лабораторий программного гемодиализа в городах Донецке, Днепропетровске, Львове, Одессе, Кировограде и Харькове. Кроме того, было рекомендовано лабораториям острого гемодиализа активно подключиться к лечению больных с хронической почечной недостаточностью нефрологического генеза. Недостаточное снабжение аппаратами «искусственная почка» сдерживало создание лабораторий программного гемодиализа. Возникла парадоксальная ситуация. С одной стороны, создание амбулаторно-стационарной нефрологической сети и подготовка кадров врачей-нефрологов способствовали улучшению диагностики, госпитализации и лечения нефрологических больных в специализированных нефрологических отделениях, налажилось диспансерное обслуживание реконвалесцентов; с другой стороны, в стране увеличилось число больных с терминальной почечной недостаточностью, которым было показано проведение программного гемодиализа и пересадка почки.

Все упиралось в аппаратуру. Медицинская промышленность выпускала малыми сериями аппараты «искусственная почка» СГД-6, СГД-8.

Другой источник приобретения аппаратов «искусственная почка» — закупки за рубежом. Это отдельный очень сложный вопрос.

Вскоре профессора Н.Т. Терехова назначили на должность директора Института гематологии и переливания крови. У нас освободилась должность заведующего лабораторией программного гемодиализа.

Из числа сотрудников лаборатории в то время некоего было выдвинуто на эту должность, поэтому решением совета института лабораторию «искусственная почка» включили в мою клинику как структурное подразделение.

Я обратил внимание, что Е.Я. Баран больше других интересуется и занимается проблемами трансплантации почки. По складу характера Е.Я. Баран — контактный человек. У него были прекрасные отношения с учеными смежных специальностей, которые принимали участие в пересадке почки. Кроме того, Е.Я. Баран хорошо знал функциональную диагностику почек. Этими проблемами он занимался в период работы над кандидатской диссертацией. После успешной защиты диссертации интерес к тонкостям функциональной диагностики не только не угас, но и возрос. Он стал одним из самых активных участников бригады по трансплантации почки. В послеоперационном периоде вместе с нефрологами решал вопросы лечения реципиентов, включая программный гемодиализ. Как старшему научному сотруднику я поручил ему курирование отделения «искусственная почка» с программным гемодиализом с перспективой на заведование.

По проблеме программного гемодиализа и трансплантации почки в Киевском НИИ урологии научные исследования проводятся с 1969 года: 1969—1971 годы «Хронический диализ и трансплантация почек в лечении больных хронической почечной недостаточностью», в работе участвовал 21 научный сотрудник; 1972—1973 годы «Клинико-иммунологические аспекты при программном гемодиализе и аллотрансплантации почки», в работе приняли участие 35 научных сотрудников; 1974—1975 годы «Трансплантация почки: селекция донора-реципиента и особенности послеоперационного периода», над темой работали 35 научных сотрудников.

В 1975 году по предложению союзной проблемной комиссии «пересадка органов и тканей» запланировали в соответствии с координационным планом Минздрава СССР на 1977—1980 годы научную тему: «Изучить хирургические аспекты, общеклинические, функциональные, метаболические, иммунологические показатели и роль очагов инфекции при трансплантации почки и разработать рациональные схемы иммунодепрессантной терапии».

От академика В.И. Шумакова (директора Института трансплантации органов и тканей, Москва) я получил письмо, в котором меня известили, что постановлением Президиума Академии медицинских наук СССР № 205 от 27 апреля я утвержден членом научного совета по трансплантации органов искусственных тканей АМН СССР.

По заданию Главного лечебно-профилактического управления Минздрава СССР меня включили в комиссию по проверке центров трансплантации почки в Минске и Вильнюсе. Членами комиссии были Т.Б.Хохлова и И.С.Ярмолинский из клиники Н.А.Лопаткина. В указанных центрах, как и у нас, фактически были те же самые проблемы. Наиболее сложным было получение донорской почки. На этой основе возникли недоразумения с главными врачами, заведующими реанимационными и нейрохирургическими отделениями, не было постоянной инструкции по отбору трупных почек. Положения инструкций можно было трактовать по-разному, в том числе — с неприятными последствиями для тех, кто разрешал взятие почки у трупа, и для тех, кто их брал.

Европейские трансплантологи организовали службу «Евротрансплантат». В эту организацию вступили трансплантологи западноевропейских стран. Они создали общий лист ожидания, в котором регистрировали больных, нуждающихся в трансплантации почки. В лист ожидания вносили и постоянно обновляли все сведения о реципиентах. Почечный трансплантат направляли в ту страну, где был реципиент, которому почка подходила лучше всего по иммунологическим показателям селекции. Продолжительность консервации почки увеличилась до 30 часов с момента взятия, это позволило доставлять почечный трансплантат в нужную страну Западной Европы. Теоретически, каждый почечный трансплантат найдет себе «идеального» хозяина, если в листе ожидания будет не менее 144 реципиентов. Западноевропейская организация подбора пар донора и реципиента положительно сказалась на результатах трансплантации почки.

В.И.Шумаков выступил с предложением создать «Союзтрансплантат». Для всего СССР это было нереально, но в пределах Европейской части: Москва—Киев—Донецк—Минск—Львов—Вильнюс—Рига — вполне возможно. Консервация трупной почки позволяла доставить почку в указанные города после предварительного извещения по телефону. По предварительной товарищеской договоренности мы обязались пересылать почки для трансплантации с учетом наиболее благоприятных иммунологических показателей в листе ожидания. Что из этого получилось, наглядно показывает следующий пример.

Наши сотрудники изыкали трупную почку у донора. По тканевой совместимости ни одному нашему реципиенту она не подошла. Позвонили в Москву. Нужный реципиент у них оказался.

Врачу В.А.Тхору поручили доставить контейнер, в котором находился почечный трансплантат, с соответствующими сопроводительными документами в аэропорт.

Администрация аэропорта Борисполь ни под каким видом не согласилась взять контейнер в запечатанном виде на борт, боясь диверсии. Открыть контейнер, значит разгерметизировать его, а это уже ставит под сомнение возможность трансплантации. Владимир Андреевич Тхор предложил, что он будет сопровождать контейнер. Опасность возможной диверсии отпадает. Из аэропорта Борисполь он позвонил в Центр трансплантации почки в Москву, чтобы его встретили.

В.А.Тхор не взял с собой достаточной суммы денег, поскольку не предполагал сопровождать контейнер в Москву. Позвонит в Москву, сообщит рейс самолета, там уж все сделают москвичи. Все оказалось не так. Врач прилетел в Москву. Никто его не встретил. Денег в обрез, только на билет в автобусе. В пути он уже шесть часов, голоден. Вечер. В Центре трансплантации его никто не ждал. Те, с кем он договаривался, ушли домой. По смене ничего не передали. Дежурные даже не знали, о каком реципиенте шла речь. Благо, В.А.Тхор знал фамилию реципиента.

Началась спешная подготовка к операции. Кто-то отдал В.А.Тхору свой сверток с едой, но голодному человеку этого было крайне недостаточно, учитывая, что он уже более 15 часов на работе. Хирургов не хватало. Видя это, В.А.Тхор предложил свои услуги, и остальную часть ночи участвовал в трансплантации почки.

Утром сотрудники Центра одолжили В.А.Тхору деньги на билет и доставили в аэропорт Внуково.

Прилетев из Москвы в Киев, В.А.Тхор рассказал о своей одиссее. На этом кончилось наше сотрудничество с центрами трансплантации других республик. Москвичи ни одной почки в Минск, Вильнюс и нам не прислали.

В.И.Шумаков ежегодно проводил Всесоюзные конференции по трансплантации органов и тканей. Каждый раз на выезде.

Так, 7-я конференция по пересадке органов и тканей была проведена в Ростове-на-Дону. На эту конференцию сотрудники нашего института послали 6 докладов по клинической трансплантологии, трансплантационной иммунологии, консервации органов и экспериментальной трансплантологии. Две всесоюзные конференции по трансплантации органов и тканей прошли в Украине — в Киеве и Донецке.

В Украине была создана нефрологическая служба, которая профессионально занималась медикаментозным лечением нефрологи-

ческих больных. Вместе с тем, в стране накапливалось значительное число больных, у которых консервативная терапия была неэффективной. Необходимо было делать следующий шаг в лечении таких больных.

По сравнению с Западом в развитии лечения больных с применением программного гемодиализа и трансплантации почки наша страна с каждым годом отставала.

До 1975 года в Украине лечение нефрологических больных с использованием программного гемодиализа проводили только в нашем институте. Ситуация в стране требовала принятия срочных мер, о чем мы не раз ставили в известность руководство Министерства здравоохранения УССР. Работа сдвинулась с места после выхода приказа Минздрава СССР о создании отделений программного гемодиализа во всех республиканских, областных и крупных городских больницах.

Мы подготовили проект соответствующего приказа по Украине, которым предусматривалось создание 12 отделений программного гемодиализа: в Донецке, Одессе, Львове, Харькове, Луганске, Днепропетровске, Черновцах, Киеве, Запорожье, Крыму, Полтаве, Тернополе. Приказ выполнен не полностью из-за отсутствия аппаратуры.

Сроки открытия отделений гемодиализа перенесены на 1981—1985 годы, но и этот приказ не был выполнен из-за отсутствия аппаратуры. Советская промышленность не смогла обеспечить органы здравоохранения аппаратурой, а закупки за валюту были крайне редки.

Потребность в проведении программного гемодиализа в Украине была велика. Сотрудники нашего института подсчитали, что в республике число больных, которым показано проведение гемодиализа, — 50 на 1 млн населения.

Нам могут сказать, что мы несколько преувеличили цифры. Приведу факты. В США в 1980 году программный гемодиализ применен в лечении 52 000 больных, в 1983 году — 72 000, в 1985 году — 85 000. В 1985 году в США было сделано 6 500 операций трансплантации почки, тогда как в СССР — всего 400.

Как показали последующие годы, приказы Минздрава СССР и Минздрава УССР даже частично не решали проблемы органов здравоохранения, а если учесть, что они еще не выполнялись из-за отсутствия аппаратуры, то понятно, что лечение нефрологических больных было далеко от мирового уровня.

Выполняя приказ Минздрава УССР №730, наш институт подготовил для отделений программного гемодиализа 38 врачей и 18 медицинских сестер для Донецкого, Львовского, Одесского, Днепропетровского, Луганского, Тернопольского, Черкасского и Киевского центров гемодиализа.

Центры гемодиализа, открытые в Украине, располагались в непригодных помещениях, но удовлетворяли всем потребностям лечения больных, санитарные нормы выдерживались. Всего в Украине в 1983 году насчитывалось 67 гемодиализных мест.

Из-за плохого качества отечественной аппаратуры, частых поломок, недостатка запасных частей отделения гемодиализа работали с большими перебоями, на энтузиазме сотрудников.

Бывая за рубежом, я посещал амбулаторные центры гемодиализа. В них минимальное количество медицинского персонала. Многие процедуры выполняют сами пациенты. Больные приходили в амбулаторные центры гемодиализа один раз в 5—10 дней, работающим пациентам лечение проводили в нерабочее время, ночью им проводят сеанс гемодиализа, во время которого они ухитряются выспаться, а утром уходят на работу. В амбулаторном центре гемодиализа имеются телевизоры, радио, пациенты, давно знакомы, общаются между собой, обмениваются новостями и т.д. Не создается того тягостного впечатления, которое испытываешь, посещая отделение гемодиализа в Киеве, Донецке, Москве, Минске, где лечат обреченных больных.

Третьего января 1977 года приказом по Киевскому институту урологии и нефрологии создано самостоятельное отделение трансплантации почки с лабораторией гемодиализа на 30 коек во главе с Е.Я.Бараном. Я видел, с каким интересом Е.Я.Баран занимается вопросами трансплантации почки. Учитывая его высокий профессионализм, я пришел к выводу, что наступило время предложить Е.Я.Барану заведование отделением трансплантации с лабораторией гемодиализа. Его докторская диссертация посвящена хирургическим проблемам трансплантации почки, но она пока не завершена.

В отделении работали врачи Т.Г.Демина, Е.И.Цибуляк, В.А.Тхор, А.А.Поляков, Л.А.Крисан, И.Н.Куцай, Л.Н.Осадчук, А.Н.Кошман, Р.О.Загребян, которые в сотрудничестве с биохимиком Н.М.Петрунем, иммунологом Н.Г.Дранником, микробиологом А.Е.Суходольской, морфологом А.М.Романенко продолжили разработку теоретических и практических проблем пересадки почки.

По результатам научных исследований по проблеме трансплантации почки к 1986 году защищены 5 докторских (Е.Я.Баран, Н.Г.Дранник, А.Н.Носов, К.Методиев, В.А.Тхор) и 12 кандидатских диссертаций (Е.И.Цибуляк, Н.Ф.Шинкаренко, В.А.Тхор, А.А.Поляков, Н.А.Калинина, Р.О.Загребян, В.Е.Дриянская, В.М.Кудрявская, А.Н.Кошман, Т.В.Баран, Н.Л.Родионов, Л.Король).

Создание центров пересадки почки и программного гемодиализа не везде шло гладко. Администрация Донецкой области запаслась множеством документов, по их мнению, оправдывающих пролонгацию организации центра. Все же Центр трансплантации почки был создан. Е.Я.Баран проверил готовность центра к пересадке почки и выполнил в Донецке первую пересадку трупной почки. Руководил центром профессор П.С.Серняк. Довольно успешно в Донецке прошли первые операции пересадки почки. Все сотрудники Донецкого центра трансплантации прошли подготовку у нас в институте.

Второй Центр трансплантации почки был создан во Львове во главе с профессором Ц.К.Боржиевским. Ранее там была организована лаборатория программного гемодиализа. Она активно включилась в лечение больных с терминальной почечной недостаточностью. Во Львове не было резкого негативизма со стороны администрации областной больницы. Они с пониманием выполнили приказ Минздрава Украины об открытии центра трансплантации почки. Пока в Донецке шли различные дебаты — создавать отделение или не создавать, во Львове с участием Е.Я.Барана была сделана первая операция пересадки почки, раньше, чем в Донецке. Однако в последующем в Доценке пересадка почки пошла успешнее, чем во Львове.

Служба программного гемодиализа и трансплантации в республике нуждалась в едином руководстве. По моему предложению Е.Я.Баран назначен главным специалистом Минздрава УССР и куратором этого раздела нефрологии. Е.Я.Баран неоднократно участвовал в работе комиссии Верховной Рады по здравоохранению при подготовке проекта закона о трансплантации органов и тканей, а также инструкций об отборе трупных органов и тканей.

Трансплантологи работают с очень тяжело больными людьми, которые уже долго болеют. После трансплантации почек применяют препараты, снижающие иммунную активность организма для предотвращения реакции отторжения пересаженной почки, но одновременно снижающие защищенность организма в отношении инфекций. Поэтому существуют специальные требования режима стерильности. Особые требования предъявляются к помещениям для хронического гемодиализа.

Поэтому одной из важнейших задач я считал постройку специального отдельного нефрологического корпуса института, в котором намеревался создать хорошие условия, необходимые для лечения больных с применением программного гемодиализа и трансплантации почки, а также для работы врачей. Этот нефрологический корпус, единственный в стране специально построенный с учетом осо-

бых требований трансплантологии, был построен и сдан в эксплуатацию 6 апреля 1987 года.

В дальнейшем мы столкнулись с непреодолимыми проблемами — оснащения корпуса аппаратурой. Я стучался во все инстанции. Получить новые аппараты «искусственная почка» взамен отработавших свой ресурс мне не удалось.

Е.Я.Баран вынужден был перенести старое оборудование в новый корпус. Качество лечения больных улучшилось благодаря размещению больных в хороших палатах и отличному залу гемодиализа, приобретенному коллективом опыта лечения больных, но не за счет новой аппаратуры и современных технологий.

Успеха в лечении хронической почечной недостаточности можно достичь при планомерной модернизации оборудования, улучшении условий труда и быта персонала и больных, внедрении современных научно обоснованных методов лечения. В таких условиях поддерживающий гемодиализ может в течение длительного времени обеспечивать функции жизненно важных органов больного.

В Минздраве Украины мы неоднократно обсуждали проблему лечения больных с применением поддерживающего гемодиализа и трансплантации почки. Стало очевидным, что на лечение больных с терминальной почечной недостаточностью тратятся большие средства. Болезнь плохо поддается консервативному лечению. У значительного числа больных в лучшем случае можно замедлить прогрессирование болезни, смягчить выраженность симптомов.

Стоимость медикаментов постоянно увеличивается. Мы точно не знали, во сколько обходится государству лечение больных с хронической почечной недостаточностью при использовании существующих методов. Затраты большие. Но сколько нужно средств для создания службы поддерживающего гемодиализа и Центров трансплантации почки? Таких расчетов у нас в стране не было. Мы обратились к зарубежному опыту.

В 1974 году в США было произведено 3099 операций трансплантации почки и 15 743 больных лечили с применением программного гемодиализа. Стоимость лечения составила 286 млн долларов США. Стоимость лечения одного больного с применением гемодиализа в течение первого года после неудачной трансплантации трупной почки составила в среднем 22 814 долларов США. Непомерные расходы на программный гемодиализ вынудили специалистов США пересмотреть практику лечения больных с терминальной почечной недостаточностью. Закон медицинского кодекса предусматривал перевод 70% больных на домашний (амбулаторный) гемодиализ.

В стране были созданы центры домашнего гемодиализа с минимальным участием медиков и денежных затрат. В богатых странах, в частности в США, широкая сеть центров домашнего гемодиализа и центров трансплантации почки сделали этот вид медицинской помощи более доступным населению.

Несмотря на чрезвычайные финансовые трудности, которые испытывал Киевский центр трансплантации почки, наши врачи достигали удовлетворительных результатов. Об этом, в частности, свидетельствует такое наблюдение.

Я предложил Е.Я.Барану выступить на заседании научного общества урологов с докладом о трансплантации почки. Он согласился. Сделал, как всегда, очень обстоятельный доклад. По ходу доклада продемонстрировал двух больных после пересадки почки с длительным сроком наблюдения — 11 и 14 лет. Обе больные периодически наблюдаются врачами нашего центра, регулярно, по схеме применяют иммуносупрессоры, чувствуют себя практически здоровыми, обслуживают себя сами и выполняют домашнюю работу.

Одна из пациенток оказалась интересной женщиной в возрасте около 50 лет. По виду не скажешь, что 11 лет тому назад она была на грани смерти от терминальной почечной недостаточности. Перенесла успешно трансплантацию почки. После операции чувствует себя хорошо.

Этим примером я хотел показать, что при правильной организации лечения терминальной почечной недостаточности и в наших условиях наши специалисты могут успешно лечить больных и возвращать их к общественно полезному труду.

Развитое общество не должно жалеть средств на развитие трансплантационной медицины — медицины будущего. История медицины знает много примеров, когда оперативное лечение вначале было неэффективным, сопровождалось высокой смертностью. В XIX в. после операции по поводу аппендицита умирали 90% больных, а из тех, кого не оперировали, выживало больше. Среди врачей тогда было много противников оперативного лечения аппендицита. Однако время показало: правы были те, кто отстаивал метод оперативного лечения аппендицита. Кто сейчас может сказать, что острый аппендицит нужно лечить консервативно?

Так и с трансплантацией почки — проблема находится в стадии первоначального развития. Она требует целенаправленного интеллектуального труда тысяч ученых различных специальностей, а также больших материальных затрат. Нынешние поколения должны найти эти средства, как нашли их предыдущие поколения для избавления человечества от холеры, чумы, полиомиелита, дифтерии и т.д.

Вокруг трансплантации органов в средствах массовой информации развернулась широкая полемика. Созданы спектакли и фильмы на эту тему с дозой криминала. Поднят невероятный шум: крадут людей, которых затем разбирают на «запчасти» для состоятельных больных. Органы продают за колоссальные деньги и т.д.

Взятие из организма человека органа для целей пересадки требует большого опыта, специальных хирургических навыков, фармакологического обеспечения и т.д. Это может сделать только группа специалистов высочайшей квалификации в специальных клинических условиях. Маловероятно, чтобы эти люди занимались теневым трансплантационным бизнесом. Здесь — больше жажда сенсаций, нагнетания эмоций, создание недоверия к врачам, которые изучают одну из самых сложных проблем — трансплантологию — медицину будущего.

В большинстве стран действуют законы, запрещающие куплю-продажу органов для целей трансплантации. Исключение составляют обмен органов между трансплантационными центрами, например, в рамках научно-практической организации «Евротрансплантат», который преследует цель оптимального отбора донора — реципиента и максимальной выживаемости реципиента, а не коммерческие интересы.

Специалисты придерживаются единого мнения: закон должен запрещать куплю-продажу органов у живых людей для целей трансплантации реципиентам. Почка как орган не имеет цены. Устанавливать цену на функционирующую почку живого человека аморально. Заведомо известно, что в этом случае выздоровление реципиента достигается за счет инвалидизации донора. Поэтому правы те ученые, которые выступают против пересадки почки от живого донора.

Наблюдения хороших ближайших и отдаленных результатов трансплантации трупной почки вдохновляют и заставляют ученых целенаправленно работать над решением многих проблем трансплантации органов и тканей.

В кризисные времена в Украине проблема программного гемодиализа и трансплантации почки вышла за пределы лечебных учреждений. Проблемы людей, успешно перенесших трансплантацию, все чаще выносятся на страницы газет. Только газета «Зеркало недели» в первой половине 1997 года опубликовала 3 статьи на эту тему. Как следует из американского и нашего опыта, больные, перенесшие пересадку органов, нуждаются в пожизненном лечении с применением иммунодепрессантов — препараты лекарственных средств, которые предупреждают криз отторжения. Эти препараты дорогостоящие, например, доза сандиммуна на год стоит около 8,300 гривень.

Многим пациентам это не по карману. По инициативе самих больных в Украине создано общество людей-инвалидов, перенесших трансплантацию органов. Эта общественная организация во главе с господином А.Сальниковым взяла под свою защиту пациентов, у которых пересажены органы и ткани. Она обращается к неправительственным, благотворительным учреждениям и спонсорам с просьбами о выделении средств для оптовой закупки сандиммуна.

Трансплантологи расширяют масштабы своей работы, в Украине созданы координационный совет и координационный центр трансплантации органов, тканей и клеток. В 1995 году в Запорожье проведен I съезд трансплантологов Украины, на котором учреждена Ассоциация трансплантологов Украины, председателем ее избран Е.Я.Баран.

В системе АМН Украины Институт клинической и экспериментальной хирургии переименован в Институт хирургии и трансплантации. На этом основании летом 2000 года отделение трансплантации с лабораторией гемодиализа из Института урологии и нефрологии переведено туда.

Новая болезнь — склероз предстательной железы

1983 и 1984 годы для меня и специалистов, которые вместе со мной выполняли научную тему, знаменательны тем, что многолетний труд над новой нозологической единицей — «склероз предстательной железы» — завершился ее признанием на Третьем Всесоюзном съезде урологов.

В 1975 году впервые в мире и в отечественной урологии описана новая болезнь. Под моим руководством научным коллективом специалистов института разработаны этиология, патогенез, гистологическая классификация, клиника, диагностика и эффективные оперативные методы лечения склероза предстательной железы как новой, не известной ранее причины инфравезикальной обструкции.

В 1970 году Киевский институт урологии получил статус головного в республике. Со всех областей Украины к нам присылали больных с неясным диагнозом, а также больных, которым было показано выполнение сложных и повторных операций.

В этом потоке больных мы обратили внимание на сравнительно молодых мужчин (в возрасте от 17 до 50 лет) с нарушением мочеиспускания, надлобковым незаживающим мочевым свищом, наложенным по поводу острой задержки мочи. Во время операций у этих

пациентов причина острой задержки мочи урологами не была установлена, а в последующем свищ не имел тенденции к самостоятельному заживлению или закрывался на некоторое время. Диагнозы направляющих учреждений были самыми разнообразными: надлобковый незаживающий свищ, инфравезикальная обструкция, болезнь Мариона, стриктура шейки мочевого пузыря после резекции, аденома предстательной железы, рак предстательной железы, хроническая задержка мочи, уретерогидронефроз, мегацист, дивертикул мочевого пузыря и др.

В наиболее сложном положении оказывались больные, у которых неточно был определен уровень обструкции. Инфравезикальную обструкцию ошибочно принимали за уретерогидронефроз. Осуществление уретероцистостомии (одно- или двусторонней) в такой ситуации значительно ухудшало состояние больного из-за возникновения пузырно-уретрального рефлюкса, пиелонефрита, почечной недостаточности, сепсиса.

В 1970 году у нас в гостях был профессор Ю.А.Пытель. Во время обсуждения проблемы болезни Мариона он высказал невысокое мнение об эффективности операций V- и Y-пластики шейки мочевого пузыря, которые широко применяли в то время. После этих операций он, как и мы, неоднократно наблюдал возникновение одно- или двустороннего уретерогидронефроза с почечной недостаточностью. В научной литературе мы нашли указания более чем на 30 причин нарушения мочеиспускания у мужчин разного возраста.

Причины инфравезикальной обструкции, приведенные в литературе, не всегда были понятны урологам, неясен механизм острой задержки мочи. Нередко авторы констатировали только причины, не объясняя патогенеза и не давая лечебных рекомендаций. До 70-х годов XX в. не было четкого представления об этиологии и патогенезе инфравезикальной обструкции. Лечебные мероприятия были ограничены операцией Мариона V- и Y-пластикой или наложением пожизненного пузырного надлобкового свища. В целях установления этиологических причин острой задержки мочи у мужчин молодого возраста мною был разработан детальный план исследования, включающий анализ данных анамнеза, функциональных, гормональных, иммунных и морфологических изменений в мочевом пузыре, предстательной железе, предстательной и перепончатой частях мочеиспускательного канала (задней части) и семенных пузырьках. Изучена роль уретеропростатического рефлюкса в возникновении воспаления в предстательной железе.

У пациентов молодого возраста сложно собирать анамнез, особенно если заболевание врожденное. Даже редкое мочеиспускание — 1—2 раза в сутки тонкой струей они считали нормой, так было с детства. Больными считали себя с момента острой задержки мочи. Часто болевых симптомов не было. Взрослые молодые мужчины также были не очень внимательны к себе. На отдельные эпизоды нарушения мочеиспускания они не обращали внимания. К урологу обращались при возникновении хронической и острой задержки мочи. По данным клинического исследования у больных выявлены три характерные группы симптомов в разных сочетаниях:

- болевые ощущения в различных участках полости малого таза;
- редкое мочеиспускание, слабые позывы к мочеиспусканию, затрудненное мочеиспускание;
- снижение или отсутствие половой функции, нарушение репродуктивной функции.

При пальпации предстательная железа средних размеров, чаще уменьшена, умеренно плотная, гладкая. Бужи по мочеиспускательному каналу свободно проходят в мочевой пузырь.

Полиморфность симптомов свидетельствовала о поражении мочеполювых структур у мужчин молодого возраста. Отдавая дань принятому в то время мнению, мы ставили диагноз: — болезнь Мариона (ригидность шейки мочевого пузыря) и производили, как было рекомендовано, клиновидную резекцию шейки мочевого пузыря. Однако у нас возникли сомнения в правильности диагноза и лечения, поскольку после такого вмешательства пациенты повторно поступали в клинику по поводу рецидива болезни.

Зная сомнительные результаты общепринятого хирургического лечения болезни Мариона, мы поставили перед собой задачу детально исследовать все отделы мочевого пузыря, шейки и задней части доступной зоны мочеиспускательного канала.

Уродинамику изучали с помощью рентгенотелескопии и рентгенокинематографии на рентгено-урологическом кресле «Siemens».

У мужчин молодого возраста с острой и хронической задержкой мочи на урограммах постоянно выявляли характерные симптомы:

- высокое стояние нижнего контура мочевого пузыря над костями лобкового сочленения примерно на 2—3 см;
- нижний контур мочевого пузыря уплощен, по форме напоминал фигурную скобку;
- во время микций шейка не раскрывалась;
- при восходящей уретроцистографии наблюдали симптом фонтанирования; иногда камни мочевого пузыря и предстательной железы или уретропростатический или уретроэякуляторный рефлюкс;

— емкость мочевого пузыря (при отсутствии цистостомы) увеличена: мегацист, нейрогенный пузырь, по контурам пузыря определяли наличие дивертикулеза или одиночного дивертикула. На цистограмме отсутствовал дефект тени над лобком, характерный для аденомы предстательной железы, или определялся мочеточниково-везикальный, уретропростатический и уретерovesикальный рефлюкс;

— на урограммах виден застой в верхних мочевых путях, одно- или двусторонний уретерогидронефроз.

Рентгенологические симптомы, характерные для склероза предстательной железы, имеют дифференциально-диагностическое значение.

При ревизии мочевого пузыря во время операции выявляли одни и те же анатомические особенности — сближение отверстий мочеточников. Внутреннее отверстие мочеиспускательного канала было смещено под лобковое сочленение, из-за чего треугольник Лъето был узким и вытянутым. Шейка мочевого пузыря сужена, ригидна. Сужение распространялось на всю заднюю часть мочеиспускательного канала. Бужи, вплоть до 20—24 калибра, свободно проходили по нему. Предстательная железа в просвет мочевого пузыря не выступала. Слизистая оболочка над треугольником Лъето была гиперемирована, отечна. Периодически в мочевом пузыре обнаруживали камни, одиночные или множественные дивертикулы. Объем полости мочевого пузыря увеличен, слизистая оболочка трабекулярная, стенка истончена. Иногда из отверстий мочеточников сильной струей выбрасывалась моча. При ревизии мочевого пузыря, несмотря на проходимость бужей большого калибра выявляли непроходимость мочеиспускательного канала, наличие интенсивной струи мочи из отверстий мочеточников свидетельствовало об их на гиперфункции. Мы уже тогда поняли, что процесс распространяется на шейку пузыря из предстательной железы. Причина задержки мочи не в шейке, а в железе. Но мы не решались удалять предстательную железу у мужчин молодого возраста без детального изучения измененных тканей ее и шейки мочевого пузыря. По нашему предложению морфолог профессор А.М. Романенко производила послойное исследование резецированной шейки мочевого пузыря.

Морфологи подтвердили наше предположение, что изменения в шейке мочевого пузыря вторичны. Воспалительный процесс на нее распространяется из предстательной железы, поскольку в ее паренхиме изменения были более выражены, чем в стенке шейки мочевого пузыря. По данным гистологических исследований мы установи-

ли, что по мере прогрессирования склеротического процесса в паренхиме предстательной железы поражение распространялось на область пузырного треугольника и шейку мочевого пузыря, чему способствовала их анатомическая близость. Так мы пришли к выводу, что нарушение мочеиспускания, ретенционные изменения в пузыре и мочеточниках, структурные изменения семенных пузырьков, семяизвергающих и уретропростатических протоков обусловлены склерозом предстательной железы.

Тогда я более всего опасался обвинений в необоснованности субтотальной резекции предстательной железы и простатэктомии у мужчин молодого возраста, поэтому просил А.М.Романенко очень тщательно исследовать препараты. Правда, у всех больных было нарушено мочеиспускание, образовался незаживающий надлобковый свищ. Но я был уверен, что мы правильно распознали суть болезни. Причиной нарушения мочеиспускания является не склероз шейки мочевого пузыря, а склероз предстательной железы с распространением процесса на соседние органы. Возможности научно-исследовательского института позволили всесторонне изучить проблему. После обсуждения проблемы с руководителями некоторых лабораторий был создан коллектив, включающий урологов, иммунологов, сексологов, биохимиков, микробиологов для изучения различных аспектов склероза предстательной железы. В 1978 году на основе имевшегося хорошего задела запланирована комплексная тема по Минздраву УССР.

К моменту планирования темы мы уточнили, что в Международной классификации болезней, травм и причин смерти (пересмотра 1975 г., т.1, с. 323) болезни мужских половых органов сосредоточены в рубриках — 600, 601, 602.

Рубрика 600. Гиперплазия предстательной железы

600.1. Аденофиброз доброкачественная.

600.2. Аденома доброкачественная.

600.3. Увеличение доброкачественное.

600.4. Фиброма.

600.5. Фиброаденома.

600.6. Гипертрофия.

600.7. Аденома средней доли.

600.8. Миома.

600.9. Закупорка протока (без указания других причин).

Рубрика 601. Воспалительные болезни предстательной железы

601.1. Острый простатит.

601.2. Хронический простатит.

601.3. Абсцесс.

601.4. Простатоцистит.

601.5. Простатит при болезнях, классифицируемых в других рубриках: гонококковый, трихомонозный, туберкулезный.

601.8. Другие.

601.9. Неуточненные. Простатит БДУ (без указания других причин).

Рубрика 602. Другие болезни предстательной железы

602.1. Камни предстательной железы.

602.2. Атрофия предстательной железы.

602.3.

602.4.

602.5.

В номенклатуре Международной 8, 9 и 10 пересмотров пропуски

602.6.

602.7.

602.8. Прочие

602.9. Неуточненные.

В Международной классификации болезней, травм и причин смерти имеются пустые места — в рубрике 601 — 6 и 7, в рубрике 602 — 3, 4, 5, 6, 7. Кроме того, рубрика 602.8 и 602.9 — прочие и неуточненные болезни предстательной железы убедительно показывает, что не все болезни предстательной железы еще изучены и описаны.

Известными болезнями нельзя было объяснить возникновение всех симптомов и их сочетаний у данной категории больных. Не случайно в классификации болезней в рубриках 601 и 602 оставлены места, которые предполагалось заполнить по мере изучения. Международная классификация болезней оставляла открытым путь для новых исследований, она как бы подсказывала нам: дерзайте! Болезни предстательной железы еще недостаточно изучены. Это вселяло надежду.*

В 1980 году у нас был накоплен опыт лечения 125 больных со склерозом предстательной железы. Пациенты хорошо обследованы. А.М.Романенко совместно с клиницистами разработала гистологическую классификацию склероза предстательной железы с указанием этиологического фактора; разработаны клиника, диагностика, показания и противопоказания к оперативному лечению. У больных, за исключением 2, восстановлено естественное мочеиспускание.

* В Международной классификации болезней, десятый пересмотр ВОЗ, Женева, 1955, с. 697—698 заболевания предстательной железы значатся в рубриках №40, 41 и 42. В рубрике №42 — другие болезни предстательной железы подрубрики 42.3, 42.4, 42.5, 42.6, 42.7 не заполнены, как в 8 и 9 пересмотрах.

В журнал «Урология и нефрология» были направлены две статьи: моя клиническая — «Склероз предстательной железы» и А.М.Романенко, в которой проанализированы результаты морфологических исследований предстательной железы и предложена гистологическая классификация.

Меня очень интересовало мнение членов редколлегии, поскольку речь шла об уже запланированной научной теме по Министерству здравоохранения Украины, в которой заняты 20 научных сотрудников института разного профиля: «Изучение особенностей клинического течения склероза предстательной железы, сравнительная оценка существующих методов диагностики и хирургического лечения, выбор оптимального метода лечения для внедрения в практику». Члены редколлегии наши статьи оценили по-разному. Несмотря на то, что я был членом редколлегии, а в таких ситуациях острые углы старались обходить, меня взяли в оборот, особенно москвичи.

— Отрицаете ли вы болезнь Мариона?

— Нет. Мы изучили особенности стриктуры паренхимы предстательной железы, которые существенно отличаются от болезни Мариона. Выделили три группы признаков, имеющих дифференциально-диагностическое значение между склерозом предстательной железы и склерозом шейки мочевого пузыря (болезнь Мариона). Самое главное — разработали гистологическую классификацию склероза предстательной железы, методы диагностики и эффективные методы лечения, которые направлены на восстановление оттока...

— На каком основании вы производите субтотальную резекцию предстательной железы и даже простатэктомию у мужчин молодого возраста?

— На основании данных клиники, функциональных, сексологических, андрологических и гистологических исследований. Результаты морфологических исследований обобщены в классификации. Склерозированная предстательная железа является причиной нарушения мочеиспускания, некоторые больные жили с надлобковым мочевым дренажом. Учитывали и то, что V- и Y-пластика, предпринятая ранее, оказалась неэффективной.

— Как влияла простатэктомия на половую функцию?

— До операции у многих мужчин со склерозом предстательной железы выявляли импотенцию. При нормальной половой функции до операции она сохранилась и после нее.

— Чем вы доказываете, что это не болезнь Мариона?

— Результатами послышного гистологического исследования удаленных препаратов.

— Можете ли вы с уверенностью сказать, что это не атрофия предстательной железы?

— Да, можем. Для морфологов дифференциальная диагностика атрофии и склеротических изменений в паренхиме железы труда не составляет.

Мне не известно, кто рецензировал статью. Думаю, что статьи читали Е.Мазо и Н.Лопаткин, поскольку они оба ориентировались в тексте. После обмена мнениями Н.А.Лопаткин предложил объединить две статьи в одну с сохранением объема и опубликовать под моей фамилией. С последним я не согласился, поскольку А.М.Романенко проделала большую работу, а с другой стороны, фамилия морфолога делает статью более убедительной в морфологической части. С моими доводами согласились.

По окончании заседания редколлегии я задержался у Н.А.Лопаткина для уточнения проблемы склероза предстательной железы. Я рассказал ему о нашей трехлетней плановой работе в институте, о том, что привлек к изучению этой проблемы смежных специалистов, обратил его внимание на недоверие членов редколлегии, его сотрудников, к результатам исследований в нашем институте.

— Почему же у нас нет этой болезни? — спросил Н.А.Лопаткин.

— Кто конкретно занимается у вас инфравезикальной непроходимостью? — вместо ответа спросил я.

— Научный сотрудник В.Я.Симонов.

Пригласили В.Я.Симонова, он подтвердил, что у больных с инфравезикальной непроходимостью нередко выявляют склероз предстательной железы. В отличие от нас, он инфравезикальную непроходимость устраняет путем трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы.

— Вот и отлично, — сказал я. — Вы применяете трансуретральную резекцию простаты, мы — оперируем больных по поводу склероза предстательной железы. Производим чреспузырную простатэктомию. Давайте обсудим проблему на совместном симпозиуме.

На проведение совместного симпозиума Николай Алексеевич согласился. Все хлопоты по организации симпозиума я взял на себя. В конце мая в Ужгороде такой симпозиум состоялся. Присутствовало много урологов со всей России и Украины. Н.А.Лопаткин приехал в сопровождении своих научных сотрудников. Среди них был и Е.Б.Мазо, А.А.Шабад, В.Я.Симонов, А.Ф.Даренков и также еще некоторые научные сотрудники. Н.А.Лопаткин прослушал все доклады с большим вниманием, подтвердил их высокий уровень. Симпозиум получился представительным. Мой доклад был посвящен клиническим аспектам склероза предстательной железы. Наши сотрудники

А.М.Романенко, Г.Ф.Колесников, И.Ф.Юнда, А.И.Клименко, В.В.Почибина, А.В.Руденко, Ф.Х.Хрипта, В.П.Чернышов осветили различные стороны проблемы склероза предстательной железы. Доклады были содержательными, убедительными, хорошо иллюстрированными. Помимо сотрудников института выступили профессор Л.И.Роман из Черновцов и врач М.И.Пустильник из Черкасс. Доклады объективизировали концепцию о том, что склероз предстательной железы, как правило, связан с хроническим простатитом и является завершением патологического процесса в предстательной железе. Склероз предстательной железы поддается клинко-рентгенологической диагностике; открываются новые возможности оперативного лечения инфравезикальной обструкции с хорошими результатами. Н.А.Лопаткину особенно понравился доклад старшего научного сотрудника В.П.Чернышова, который осветил иммунологические аспекты склероза предстательной железы, а также показал возможность с помощью иммунных реакций в эксперименте моделировать склероз предстательной железы у животных без участия инфекции.

Председательствовал на симпозиуме профессор А.Ф.Возианов. Выступавшие в прениях поддержали наши разработки. Особенно энергично поддерживал новую нозологическую единицу профессор В.И.Шаповал из Харькова, он предложил всеми доступными средствами внедрять ее в практику. Выступление Е.Мазо было расплывчатым. В гостях он не мог сказать нет, но и да не говорил, дескать, нужно дальше изучать проблему.

Мы с Н.А.Лопаткиным сидели в президиуме. Перед окончанием симпозиума он предложил набросать проект решения. Он диктовал, я записал:

Решение симпозиума

1. Научным коллективом Киевского НИИ урологии и нефрологии описано новое урологическое заболевание — склероз предстательной железы.

2. В результате всестороннего исследования этиологии, патогенеза, клиники, диагностических признаков, характерных для диффузного склероза предстательной железы, авторы доказали необходимость выделения этого заболевания в самостоятельную нозологическую единицу.

3. Авторы правильно оценили вторичность и полиэтиологичность этого заболевания, связанного с хроническим простатитом.

4. Рекомендовать оргкомитету III Всесоюзного съезда урологов включить проблему склероза предстательной железы в программу съезда.

Проект решения прекрасный. Полная поддержка Главного уролога Минздрава СССР. Кажется, преодолен перевал. Теперь будет легче.

Материалы симпозиума по моему предложению были полностью включены в республиканский межведомственный сборник «Урология» (1982, вып. 16).

На этот сборник положительную рецензию написал А.Ф.Даренков. С моей точки зрения, рецензия объективно отражала суть проблемы. Но так, как А.Ф.Даренков, думали не все.

Основание так писать мне дает наш разговор с Н.А.Лопаткиным о публикации нашей статьи в журнале, которую никак не печатали, хотя в портфеле журнала она уже пролежала достаточно долго. Правда, к тому времени прошла острота необходимости публикации статьи, но все же, почему не печатают, хотя по всем данным речь идет о новой нозологической единице.

В октябре 1980 года в Днепропетровске мы проводили III съезд урологов Украины. Встречали на вокзале гостей из Москвы. Как только Н.А.Лопаткин показался в дверях вагона и увидел меня, закричал: «6-й номер!» Я понял, статья будет напечатана в 6-м номере журнала.

В последующие годы журнал «Урология и нефрология» опубликовал еще ряд работ на эту тему.

В медицине теории могут возникать из практики, как в физике — из эксперимента. Накопление и обобщение клинического материала позволяет клиницисту высказать новые или пересмотреть существующие взгляды на этиологию, патогенез, методы лечения заболевания. Располагая достаточным, хорошо изученным клиническим материалом, мы подметили, что принятые взгляды и положения в урологии не всегда объясняют причины возникновения инфравезикальной обструкции. А раз так, то есть пути для новых научных исследований, это же следует из международной классификации болезней, травм и причин смерти, раздел болезней мужских половых органов.

Мы нашли в проблеме инфравезикальной обструкции свою научную нишу и добились успеха. Клинический опыт послужил толчком к анализу причин возникновения инфравезикальной обструкции. Среди многочисленных причин нарушения проходимости пузырно-уретрального сегмента трудно было отыскать еще одну, обосновать ее, разработать патогенез, диагностику и методы лечения заболевания. Всегда найдутся скептики, которые поставят под сомнение достоверность новых разработок.

При анализе деталей патологического процесса в органах, образующих мочеполовой «перекресток», изменений топографоанатомических взаимоотношений органов и показателей функциональных исследований в моем сознании вырисовывались новые причины и механизмы возникновения инфравезикальной обструкции. Целенаправленные исследования — мои и коллектива института — привели нас к описанию новой болезни, хотя в тот период некоторые видные отечественные урологи не разделяли моих взглядов.

Оппоненты активизировали нашу работу над проблемой, заставляли нас глубже и шире вникнуть в нее, искать ответы на замечания (в соответствии с законом физики: сила действия равна силе противодействия). Именно в этот период появились новые и самые главные доказательства существования новой нозологической единицы — появилось много молодых пациентов, излеченных от тяжелого недуга. Это меня основательно вооружало в борьбе с оппонентами — я видел положительные результаты своего труда. Описывая склероз предстательной железы, я исходил из фактов, добытых из клинического и экспериментального опыта. Осталось выяснить, как долго продлится положительный эффект операции и каковы ее функциональные результаты. Это нам под силу решить.

В печати впервые термин «склероз предстательной железы» как возможная причина инфравезикальной обструкции прозвучал на Украинской конференции по пластической и восстановительной урологии в 1975 году, то есть в течение 6 лет мы изучали болезнь, накапливали материалы, прежде чем публично назвать ее.

В последующие годы с докладами о склерозе предстательной железы я неоднократно выступал в Тбилиси, Ташкенте, Душанбе, Ленинабаде, на семинаре урологов в Ереване, в Минске перед курсантами кафедры урологии факультета усовершенствования врачей. Постепенно из различных регионов страны к нам стали поступать больные с инфравезикальной непроходимостью неясной этиологии, многократно оперированные. А украинские урологи, побывавшие у нас в институте, присылали больных с диагнозом: склероз предстательной железы. Н.А.Лопаткин направил нескольких больных со склерозом предстательной железы, после того, как они не могли им помочь своими методами. В одной статье Н.А.Лопаткин упомянул термин «склероз предстательной железы».

Из москвичей больше других нас поддерживал доктор меднаук А.Л.Шабад. Вместе со своим отцом, академиком, известным морфологом, в дни работы съезда патологоанатомов в Киеве они посетили наш институт. По просьбе А.М.Романенко Шабад-старший согласил-

ся посмотреть коллекцию микропрепаратов склероза предстательной железы, на основании которой была составлена гистологическая классификация. Наша интерпретация препаратов у него сомнений не вызвала. Мнение ведущего патологоанатома страны нас приободрило.

Приведу один характерный пример. Как-то вечером в конце июля 1982 года мне позвонил из Минска профессор В.А.Мохорт. Он сообщил: «В клинике лежит пациент в возрасте 43 лет, пастух, член ЦК Компартии и депутат Верховного Совета Белоруссии. У него возникла острая задержка мочи. В мочевом пузыре причину задержки мочи не нашли. Операцию закончили надлобковым дренированием мочевого пузыря. Прошло 3 месяца, а свищ не заживает. Руководство республики начинает деликатно спрашивать, почему затягивается лечение, а мы толком не знаем. Вспомнили о тебе. По предложению министра здравоохранения Белоруссии академика Н.Е.Савченко я тебя приглашаю. Посмотри больного. Если диагноз склероза предстательной железы подтвердится, вместе прооперируем». На второй день я был в Минске. Диагноз подтвердился. Больному произведена простатэктомия. Через 8 суток пациент стал самостоятельно мочиться. В Минске шутили: «У нас еще не было случая, чтобы пастуха оперировали три профессора: министр здравоохранения Белоруссии, директор Киевского института урологии и заведующий кафедрой урологии профессор В.А.Мохорт».

В разговоре с Н.Е.Савченко и В.А.Мохортом я высказал мысль, что не я должен был описать склероз предстательной железы, а они, в процессе многолетнего изучения нейрогенных расстройств мочеиспускания. Они же сами писали, что у некоторых больных нейрогенные расстройства вторичные. А что первично? Вот тут и подумать бы о склерозе предстательной железы.

В октябре 1983 года наш институт посетили вначале президент Академии медицинских наук СССР академик Н.Н.Блохин, затем вице-президент академик Анатолий Иванович Рыбаков. Я их заинтересовал проблемой склероза предстательной железы как причины инфравезикальной непроходимости.

В начале ноября 1983 года я получил из президиума АМН СССР письмо, в котором мне предложено выступить в клиническом отделении с докладом «О склерозе предстательной железы». Конечно же, я предложение принял и стал усиленно готовиться.

Чуть позже меня включили в делегацию от общества «Украина» для поездки в Соединенные Штаты Америки. К сожалению, даты выступлений с докладом в Академии и поездка в США совпали. Я позвонил в Академию, мне пошли навстречу и перенесли доклад на февраль. Приближался февраль, приглашения нет. В марте полу-

чил сообщение, что меня будут слушать не на заседании клинического отделения АМН, а на совместном заседании Бюро Научного совета «Урология и оперативная нефрология» АМН СССР и Проблемной комиссии 40.01 АМН СССР «Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь», которыми руководил Н.А.Лопаткин. Причину замены мне объяснили тем, что на указанном заседании будет больше компетентных специалистов, которые более объективно оценят результаты нашей работы.

О своих сомнениях написал Н.А.Лопаткину письмо, в котором спрашивал его прямо: если переносом доклада из Бюро клинического отделения в Проблемную комиссию он хочет мне помочь и поддержать, я поеду на заседание комиссий, которыми он руководит, и выступлю с докладом. Если же замышляет меня провалить окончательно, то какой смысл мне ехать, лучше отказаться от выступления. Ниже я привожу дословно его ответ.

«Дорогой Виктор Степанович!

29 февраля 1984 года я получил твое письмо от 22 января 1984 года. Не знаю, где оно блуждало, но это так. Меня очень тронул тон твоего письма и не скрою, обрадовала твоя позиция. Тотчас, по получении письма, я поднял всю имевшуюся документацию в Академии наук СССР и изучил ее. Познакомился с твоим докладом. После всего этого сообщаю тебе, что я на твоей стороне и буду тебя поддерживать.

С докладом на Бюро научного совета Урология и нефрология АМН СССР и Проблемной комиссии 40.01 АМН СССР «Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь», я считаю, тебе надо выступить; я постараюсь убедить членов Проблемной комиссии в правоте твоей точки зрения, хотя не скрою, что кое-какие сомнения у меня есть. Но не сомневается только мертвый. Свои сомнения я оставляю при себе. О ходе дальнейших дел мы тебе сообщим.

Дорогой Виктор Степанович! Я еще раз от всей души благодарю за поздравления и теплые слова от твоего коллектива и тебя лично.

Спасибо. Н.Лопаткин.

PS. Я полагаю, не следует возбуждать разговор о «второй болезни» или осложнять проблему какими-то новшествами. Надо бороться за термин «склероз предстательной железы», в основе которого лежит простатит той или иной этиологии. Мне кажется, так будет лучше.

Еще раз с сердечным приветом».

19 апреля 1984 года меня пригласили на заседание Бюро научного совета и Проблемной комиссии. В Москву я поехал вместе со своим сотрудником В.И.Зубко.

В докладе приведен анализ 200 наблюдений. Больные до поступления в институт в течение многих лет безуспешно лечились по поводу различных заболеваний предстательной железы, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала. Доложил об особенностях морфологических изменений в диагностике клинических признаков склероза предстательной железы, результатах комплексного урологического обследования больного.

Из 200 больных мочеиспускание после операции восстановилось у 196. Послеоперационная летальность — 1%, рецидив сужения возник у 6 больных (в сроки 1—3 года). Операция оказалась неэффективной у больных с нейрогенными изменениями в стенке мочевого пузыря. Было много вопросов.

В обсуждении доклада приняли участие 14 человек. Первым выступил Е.Мазо. Он сказал, что считает склероз предстательной железы новым заболеванием. Вторым выступил М.Д.Джавад-заде. Смысл его выступления свелся к тому, что нет такого заболевания, как склероз предстательной железы, поэтому он не считает его новой болезнью. Третьим выступил А.Л.Шабад, который активно поддержал нашу работу. Отметил, что вместе со своим отцом-морфологом пересмотрел множество препаратов удаленной предстательной железы и подтверждает правильность интерпретации ее изменений в докладе. Считает гистологическую классификацию склероза предстательной железы с этиологическими факторами оригинальной. Поддерживает автора в том, что это новое урологическое заболевание предстательной железы. Удаление предстательной железы обосновано результатами клинических, а главное, морфологических исследований. За годы Советской власти отечественными урологами не было открыто или описано ни одного нового урологического заболевания. В.С.Карпенко вместе со своим коллективом впервые в стране описал новую болезнь и вынес на наш суд. Мы никогда раньше не выносили решений по поводу новых нозологических единиц, поэтому мы так придирчивы к докладчику. Автор представил убедительные данные о том, что склероз предстательной железы — новая болезнь, и у нас есть все основания поддержать докладчика.

В дискуссии принял участие профессор В.А.Мохорт. Он рассказал, как вместе оперировали больного в Минске. Диагноз подтвердился морфологически, а результат операции превзошел все ожидания. Минские урологи полностью разделяют мнение докладчика о том, что это описана новая болезнь и разработан оригинальный метод ее диагностики и лечения. В защиту моей концепции склероза предстательной железы выступил В.Я.Симонов.

Председательствующий Н.А.Лопаткин выступил и зачитал подготовленный проект решения с тем, чтобы последующие выступающие обсудили и его.

Решение совместного заседания Бюро научного совета «Урология и оперативная нефрология» АМН СССР и Проблемной комиссии 40.01 АМН СССР «Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь» от 19 апреля 1984 года.

После выступления Н.А.Лопаткина выступили еще 9 человек. Они не отрицали существования новой болезни — склероза предстательной железы. Некоторых смущало «морфологическое» название болезни, на что я в заключение сказал, что существуют же диагнозы «цирроз печени», «пневмосклероз». Эти болезни общепризнанны, внесены в Международную номенклатуру. Они имеют собственную клиническую картину, характерные клинико-рентгенологические симптомы и методы лечения. Точно так же нужно относиться к названию, предложенному нами.

Результаты голосования решения, предложенного академиком Н.А.Лопаткиным, «за» — 18, «против» — 2, «воздержался» — 1.

В результате дискуссии, в которой приняли участие 14 человек, Бюро научного совета «Урология и оперативная нефрология» АМН СССР и Проблемная комиссия 40.01 АМН СССР «Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь» приняли следующее решение:

1. Авторским коллективом Киевского НИИ урологии и нефрологии описано новое заболевание: «склероз предстательной железы», которое отсутствует в современных руководствах и номенклатурах болезней ВОЗ 8 и 9 пересмотров (1968 и 1975 годов).

2. В результате всестороннего исследования этиологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностических признаков и особенностей лечения, которые характерны для диффузного склероза предстательной железы, авторы доказали целесообразность выделения этого заболевания в самостоятельную нозологическую единицу, что имеет несомненное научное и практическое значение. В лечении больных со склерозом предстательной железы целесообразно шире использовать возможности трансуретральной электрорезекции.

3. Авторы правильно оценивают «вторичность» склероза предстательной железы, полиэтиологичность заболевания, которое относится к категории заболеваний, являющихся исходом другого (в данном случае прослеживается генетическая связь с простатитом инфекционной природы). Несмотря на дискуссионность термина «вторая болезнь урологии» склероз предстательной железы имеет право на существование как новая нозологическая форма.

Председатель научного совета «Урология и оперативная нефрология» АМН СССР академик АМН СССР профессор Н.А.Лопаткин.

Ученый секретарь научного совета канд. мед. наук В.А.Козлов.

Возвращались мы с В.И.Зубко в Киев в хорошем настроении.

Сложность для ученого, который выступает с «пионерным сообщением», состоит в том, что аудитория не всегда готова к восприятию сказанного им. Непонимание материала порождает выступления, как правило, не за, а против. Лишь спустя некоторое время, когда «пионерное выступление» осмыслено профессионалами, появляются понимание и сторонники. В этом процессе важная роль принадлежит выдержке ученого и поддержке его учениками.

19—21 июня 1984 года в Минске состоялся III Всесоюзный съезд урологов, программа которого была посвящена простатиту. В рекомендациях съезда по проблеме «хронический простатит» записано: ...считать склероз предстательной железы полиэтиологическим заболеванием, имеющим свой патогенез, клиническую картину, особенности диагностики и лечения. Съезд считает целесообразным выделить данную болезнь в самостоятельную нозологическую единицу и рекомендовать для включения под названием «склероз предстательной железы» в номенклатуру Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» (Урология и нефрология. — 1985. — № 1. — С. 68).

У меня было много оппонентов как в Украине, так и в Союзе, но больше всего в Москве. Тогда это меня волновало, тревожило. Мне было совершенно непонятно, почему со мною не соглашались, когда мы представляем убедительные данные и наблюдения из практики, проводим многоплановые, фундаментальные исследования, разработали патогенез, классификацию, описали патогномичные симптомы болезни, разработали эффективные методы лечения, избавившие многих мужчин молодого возраста от надлобкового свища, вернули их к активной жизни. Основные вопросы дискуссии затрагивали проблему простатэктомии у мужчин молодого возраста. Дескать, этого делать нельзя. Мы же на фактическом материале — на этом построена гистологическая классификация склероза предстательной железы — доказывали, что к моменту операции предстательная железа утратила свою половую функцию и стала причиной болезни, но нам каждый раз говорили, что в молодом возрасте предстательную железу удалять нельзя.

Второй вопрос дискуссий состоял в том, что, дескать, склероз предстательной железы известен давно. Да, это так. Склероз предстательной железы был известен как морфологическое понятие.

Наша заслуга состоит в том, что на основании фундаментальных научных многоплановых исследований мы дали ему клиническую трактовку и предложили эффективные методы диагностики и лечения. До нас этого никто не сделал. Поэтому мы сказали, что это новая болезнь.

Прошло много времени. Болезнь признана. Включена в трехтомное руководство по урологии. Спрашивается, хорошо или плохо то, что была длительная полемика и обструкция. Хорошо потому, что многие урологи из дискуссий узнали об этой болезни и, как мне теперь известно, успешно лечат больных. Прошло бы признание гладко — не было бы ажиотажа, и такого внимания к проблеме. Другое дело, что авторам это стоило много крови и нервов.

Проблема склероза предстательной железы заняла значительное место в моих научных разработках. К моменту утверждения склероза предстательной железы как новой нозологической единицы мы уже хорошо понимали, что патологический процесс ограничивается предстательной железой только на первом этапе болезни, основным признаком которого является нарушение мочеиспускания. По мере распространения патологического процесса на соседние органы и ткани по естественным анатомическим путям из мочеиспускательного канала на предстательную железу, семявыносящие протоки, семенные пузырьки и мочеточники возникли новые клинические проблемы, к решению которых мы и приступили.

Круг наших научных исследований включает органы, образующие «мочеполовой перекресток» — мочеиспускательный канал, предстательную железу, ее протоки, семявыносящие протоки, семенные пузырьки, интрамуральный отдел мочеточника, шейку мочевого пузыря. При возникновении патологического процесса непременно поражаются половые и мочевые органы.

Для систематического изучения перечисленных проблем я поручил диссертационные темы своим научным сотрудникам.

Аспирант Монаф изучал механизм вовлечения в патологический процесс семявыносящей системы при склерозе предстательной железы с использованием этапной генитографии, уретрографии по специально разработанной нами методике и электроуретрографии.

При применении предложенной методики обследования больных со склерозом предстательной железы выявлены снижение мышечного тонуса задней части мочеиспускательного канала, рефлюкс инфицированной мочи в семенные пузырьки и ацинусы предстательной железы, а также деформация семенных пузырьков различной степени вплоть до их сморщивания.

В литературе имелись сведения (В.Ф.Савин) о том, что после аденомэктомии мочеиспускание восстанавливается лишь у 50% больных. Это подтверждено профессором В.И.Русаковым и результатами наших исследований. Я поручил сотруднику Э.А.Стаховскому изучить причины недостаточного восстановления мочеиспускания после аденомэктомии. Исследования показали, что мочеиспускание недостаточно восстанавливалось у больных, у которых гиперплазия предстательной железы возникала на фоне склеротического процесса в ее паренхиме. Аденомы были мелкие, множественные, трудноудаляемые. Во время операции травмировалась паренхима железы. Она сморщивалась, возникало сужение предстательной части мочеиспускательного канала, что было одной из причин рецидива болезни.

На основании анализа результатов наших исследований введен новый термин — «аденомосклероз предстательной железы» и предложена операция аденомпростатэктомия или аденомпростатвезикулэктомия — при распространении процесса на семенные пузырьки. Операции обеспечивали адекватное восстановление естественного мочеиспускания.

Трансуретральная резекция рубцов и остатков капсулы предстательной железы оказалась эффективной после осуществления неудачной классической аденомэктомии.

Во время изучения патогенеза склероза предстательной железы мы выявили новую этиологическую причину нарушения оттока мочи из почек и верхних мочевых путей, возникновения мегауретера и уретерогидронефроза. Правильно определить причину и уровень обструкции мочевых путей не всегда легко. В литературе описаны подобные диагностические ошибки. Вовлечение предпузырных отделов мочеточников при склерозе предстательной железы наблюдают часто. Это обусловлено тесной анатомической связью этих органов и способностью воспалительного процесса переходить с предстательной железы и семенных пузырьков на терминальные отделы мочеточников.

В случае подтверждения причинно-следственной связи склероза предстательной железы, мегауретера и уретерогидронефроза больным показана простатэктомия или простатовезикулэктомия. Операции эффективны при условии, что в почках и мочеточниках не произошли необратимые изменения.

При изучении проблемы склероза предстательной железы мы обратили внимание, что он имеет отношение к длительно текущей и рецидивной травматической стриктуре мочеиспускательного канала.

По этой теме мы запланировали две диссертации. Ординатор С.В.Герасимов решал уродинамические проблемы осложненной и рецидивной стриктуры мочеиспускательного канала, а научный сотрудник А.И.Першуков — сексологические вопросы его травматического повреждения. Систематическое повышение давления во время микций при стриктуре мочеиспускательного канала обуславливает рефлюкс мочи по анатомическим протокам в предстательную железу и семенные пузырьки с последующим их склерозированием.

Травматическая стриктура мочеиспускательного канала в структуре урологической заболеваемости не является распространенной патологией. Интерес урологов к этой проблеме обусловлен высокими показателями инвалидности, утраты трудоспособности и сопутствующей импотенции у мужчин молодого возраста. Поэтому новые разработки патогенеза, диагностики и лечения заслуживают внимания.

В этих работах мы показали, что сочетанная травма мочеиспускательного канала и пещеристых тел полового члена, осложненная склерозом предстательной железы, лишь на первом этапе сопровождается местными изменениями. При нерадикальном лечении и рецидивах болезни процесс распространяется на мочеполовые органы и заканчивается нарушением уродинамики, почечной недостаточностью, нарушением копулятивной, репродуктивной функций и психогенными расстройствами.

К началу 80-х годов XX в. мы накопили достаточный клинический опыт лечения склероза предстательной железы. Пришло время обобщить все материалы по склерозу предстательной железы в монографии.

В авторский коллектив, помимо А.М.Романенко, я включил А.Д.Гринько, в надежде на то, что в последующем он будет разрабатывать эту проблему дальше и защитит докторскую диссертацию.

Рукопись мы подготовили быстро, поскольку все материалы у нас содержались в идеальном порядке.

С изданием книги торопилось, поскольку в литературе появляются работы об инфравезикальной обструкции, где упоминается склероз предстательной железы. Хотелось, чтобы первая монография на эту тему была опубликована в Украине, ибо здесь начались эти исследования.

Книга вышла из печати в октябре 1985 года, в канун открытия IV съезда урологов Украины. Книготорг на съезде продал 1700 экземпляров книги из 3 000 тиража.

Разработка и описание новой нозологической единицы заняли более 15 лет. Прделан титанический труд в клинике, лабораториях,

за письменным столом. В мозгу прочно засела эта научная идея. Она напоминала о себе всегда, в рабочие будни, на отдыхе и даже снилась по ночам... Все было: переживания, огорчения, радости. Человеческая память устроена рационально, неприятности забываются, хорошее помнится всю жизнь.

Мою веру в правильность научного направления постоянно поддерживал коллектив института. Вселял веру наш труд: мы видели конкретные результаты, возвращали к активной жизни мужчин молодого возраста, которые были привязаны к больничной койке, жизнь проходила мимо. Радость их выздоровления передавалась нам. Мы поняли значение своей работы и тем были счастливы.

В дискуссиях на различных уровнях и в различных аудиториях нам часто говорили, что сделанное нами по склерозу предстательной железы не относится к категории открытия.

Мы никогда не считали, что сделали научное открытие в урологии. Мы описали новую болезнь, опираясь на некоторые ранее известные факты, а также присоединили свои собственные наблюдения и научные разработки. Из более чем 30 причин инфравезикальной обструкции, часто не понятных клиницистам, мы обратили внимание на склероз предстательной железы; описали его клинику, разработали диагностику, патогенез и, самое главное, предложили эффективные методы лечения. Наша работа была направлена на медицинскую и социальную реабилитацию больных. Теоретическими разработками мы занимались в той степени, которая была необходима для научного обоснования предлагаемых нами выводов и рекомендаций.

В работе хирурга наиболее интересны те периоды деятельности, когда он пересматривает общепризнанные научные концепции и методы лечения.

В свое время меня морально поддержал П.Л.Капица, высказавшись в книге «Эксперимент, теория, практика»: «Легче сделать открытие, чем сделать его достоянием практики». Верно и вполне применимо к хирургии. В хирургии нельзя приказом внедрять новые методы оперативного лечения. Если ученый убежден в полезности своих предложений, он должен повторять их, не боясь, что коллеги сочтут его «зацикленным». Полезность предложенного оперативного метода лечения склероза предстательной железы лично я всегда стремился доказать в операционной, сделать его достоянием хирургов-урологов. Никогда не оперировал при закрытых дверях.

Очень важна поддержка коллег. Я чрезвычайно благодарен профессору В.И.Шаповалу, который в самый критический период решительно поддержал меня. В Ужгороде на симпозиуме и в Ленинграде

на пленуме урологов он сказал: «Мой опыт дает мне основание считать: склероз предстательной железы как проблема в клинической урологии не вызывает сомнений; чем скорее мы это поймем, тем большему числу больных окажем необходимую помощь». Быстро приняли наши аргументы и поддержали профессора Н.Е.Савченко, В.А.Мохорт, О.Л.Тиктинском, А.Л.Шабад, А.Ф.Даренков.

Я полностью оправдываю научный консерватизм и разделяю взвешенную позицию академика Н.А.Лопаткина. Мы ведь тоже вынесли проблему на обсуждение спустя 6 лет после начала интенсивной работы над ней. За председателем Научного общества урологов СССР и Главным урологом — последнее слово. Свое решение он должен был принять, выслушав все мнения «за» и «против». У него были сомнения и колебания, но он ни разу не сказал: давайте прекратим дискуссию.

Оглядываясь в прошлое, скажу: в вопросе о признании склероза предстательной железы как новой нозологической единицы он сыграл значительную роль. На протяжении нескольких лет он выслушивал все «за» и «против» от разных лиц, долго анализировал наши данные, но когда нашел их убедительными, решительно нас поддержал. Достаточно вспомнить продиктованное им решение в Ужгороде и на заседании Проблемной комиссии АМН СССР в Москве 19 апреля 1984 года, а также рекомендации III Всесоюзного съезда.

Как правильно заметил Александр Леонович Шабад, трудность окончательного решения заключалась в том, что в отечественной урологии не было прецедента описания и принятия новой нозологической единицы.

По проблеме склероза предстательной железы на нашем материале сотрудниками института были написаны: монография, пять кандидатских диссертаций (В.И.Зубко, Э.А.Стаховский, А.Монаф, В.С.Герасимов, А.И.Першуков, а также докторская диссертация В.П.Чернышова). Проведен Всесоюзный симпозиум в Ужгороде, в котором приняли участие наиболее видные урологи СССР. Были опубликованы 52 научные работы в периодической печати у нас и за рубежом. В трехтомном руководстве по урологии под редакцией академика Н.А.Лопаткина опубликована глава «Склероз предстательной железы». Кроме того, я неоднократно выступал с докладами о склерозе предстательной железы как инфравезикальной обструкции у нас и за рубежом.

Значение нашей работы по разработке проблемы склероза предстательной железы состоит в том, что из 30 известных причин инфравезикальной обструкции мы впервые описали причину задержки мочи на двух уровнях (под пузырем и над пузырем) не описанную в

литературе. Нами доказано, что склероз предстательной железы, как и заболевания мозга, поджелудочной железы, суставов и других органов, может быть аутоиммунного генеза. Возникающий склероз предстательной железы, сдавливая уретру, нарушает мочеиспускание у мужчин, в том числе молодого возраста. Нами разработаны патогенез, клиника, диагностика и эффективные методы лечения склероза предстательной железы.

До 2002 года в клинике сотрудники восстановили мочеиспускание более чем у полутора тысяч мужчин различных возрастных групп, предупредив тем самым развитие хронической почечной недостаточности со всеми негативными последствиями.

Гидронефроз

В 1969—1970 годах я активно искал свою научную «нишу» в урологии, где я мог бы сказать новое слово и применить свой опыт пластической хирургии.

С большим интересом изучил заключение редакции журнала «Урология и нефрология» после дискуссии по проблеме гидронефроза. Изучил все статьи, присланные участниками дискуссии. Кроме того, я интенсивно изучал отечественную и зарубежную литературу, посвященную проблемам гидронефроза и уретерогидронефроза за 1960—1969 годы. Иначе говоря, я достаточно полно по тому времени изучил литературу по этой нозологической единице. С позиций мирового опыта посмотрел на проблемы гидронефроза у нас в стране и за рубежом.

Гидронефроз — врожденное или приобретенное заболевание, при котором вследствие сужения мочеточника нарушается отток мочи из почки. Почка постепенно увеличивается в размерах и гибнет. При двустороннем гидронефрозе больные умирают от отравления мочей.

Диагностика этого заболевания сложная. Она годами может протекать скрыто, не вызывая болезненных ощущений. Появление жалоб свидетельствует о значительных изменениях в почках. Поэтому основное лечение таких больных состояло в удалении погибшей почки.

По мере изучения болезни и совершенствования диагностики появилась возможность обнаружить причину болезни до гибели почки. С этого времени стали применять пластические, органосбе-

регающие операции. Развитие пластической хирургии при гидронефрозе шло медленно. Еще в конце 60-х годов XX в. лечение гидронефроза у 50% больных заканчивалось удалением почки.

Первая пластическая операция по поводу гидронефроза произведена немецким хирургом Тренделенбургом в 1886 году. Он иссек суженный участок мочевых путей и восстановил их непрерывность путем сшивания мочеточника с лоханкой.

Внедрение рентгеноконтрастной диагностики заболеваний почек и мочевых путей послужило толчком к интенсивной разработке пластических операций по поводу гидронефроза.

Оперативные вмешательства условно разделили на две группы: радикальные и паллиативные. Пластические операции по поводу гидронефроза считают наиболее сложными, требующими высокой хирургической техники и значительного опыта, обеспечения хорошими инструментами и шовным материалом.

В упомянутой редакционной статье было констатировано, что этиология и патогенез гидронефроза в мире недостаточно разработаны. В проблеме имеется много белых пятен. Работы участников дискуссии не прояснили вопросов этиологии и патогенеза. Если быть точным, они их просто обошли, сосредоточив основное внимание на диагностике и оперативном лечении гидронефроза. Из-за недостаточной оснащенности и ограниченного привлечения смежных специалистов не применялись такие методы диагностики гидронефроза, как рентгенокинематография, рентгенотелескопия, электромиография, гистологические, гистохимические и морфологические методы исследования удаленного лоханочно-мочеточникового сегмента. Не нашло широкого применения изучение клиренс-тестов с использованием радиологических и биохимических методов, которые позволяли детально изучать функцию каждой почки отдельно. Не применялись экскреторная урография и ренография на фоне форсированного диуреза.

У меня создалось впечатление, что в редакционной статье преувеличено этиологическое значение варикозно расширенных вен, оплетающих сегмент, в нарушении уродинамики при гидронефрозе. Объяснение механизма нарушения уродинамики было неубедительным. Вызывала сомнение трактовка роли нефроптоза при наличии добавочных нижнеполосных артерий почки как первопричины гидронефроза, поскольку не приводились никакие доказательства в процессе дискуссии.

В редакционной статье правильно указывалось, что пересечение нижнеполосных сосудов почки не излечивает гидронефроз, но

объяснение причины этого не подкреплено гистологическими исследованиями мочеточника, а потому неубедительно.

В статье подвергались критике некоторые оперативные методы, применяемые для лечения гидронефроза: Фолея, формирование латеро-латерального анастомоза, пиелопиелоанастомоза без резекции сегмента, термилолатерального анастомоза.

При длинной стриктуре мочеточника рекомендовалась операция Кульп-де-Вирда. Высказано сомнение в эффективности при гидронефрозе операций Фолея и Девиса, вместо того, чтобы полностью исключить их из арсенала, как это уже было сделано рядом авторов на Западе.

Редакция совершенно определенно осудила шинирование лоханочно-мочеточникового анастомоза, так как это обуславливает возникновение анастомозита.

Отмечено, что хорошие результаты после оперативного лечения гидронефроза наблюдают всего у 45—50% больных. Это также делает проблему актуальной. У больных пожилого возраста, страдающих гидронефрозом, при непораженной контралатеральной почке операцией выбора рекомендовалась нефрэктомия. Рекомендация грешит неточностями. Что авторы понимали под пожилым возрастом? Каково состояние жизненно важных органов, в том числе противоположной почки, у этих пациентов? Какова активность сопутствующих заболеваний? Наконец, какова тактика при двусторонней патологии почек? Ничего не было сказано о гидронефрозе единственной почки у больных пожилого возраста и «рецидивном» гидронефрозе.

В монографии А.Я.Абрамяна «Гидронефроз: этиология, клиника, лечение» (1956) вызывает сомнение утверждение автора о том, что из 309 оперированных больных у 302 наступило выздоровление после таких операций, как: нефрэктомия — у 214, геминефрэктомия — у 16, пиелостомия — у 5, резекция добавочного сосуда — у 33, уретеролиз — у 10, денервация — у 6, сфинктеротомия — у 1, перевязка мочеточника — у 3. Группа пластических операций (27) — не расшифровывается. Мне думается, автор неточно трактует понятие выздоровления, имея в виду, что они перенесли операцию и остались в живых. Как мы знаем теперь, после описанных операций больные выздоравливают редко. Нефрэктомия сопровождается изменениями гемодинамики в контралатеральной почке, что проявляется постнефрэктомическим синдромом: постоянной тупой болью, усиливающейся при физической нагрузке, ухудшением качества жизни пациентов.

В период работы С.Д.Голигорского в нашем институте мы с ним много говорили о гидронефрозе. В 1966 году он и А.М.Кацыф опубликовали монографию «Хирургия лоханочно-мочеточникового сегмента». Предметом разговора была эта монография. В ней авторы проанализировали истории болезни 122 пациентов с гидронефрозом, которые были прооперированы с применением 31 метода.

Спустя 3 года С.Д.Голигорский совместно с Б.С.Гехманом приняли участие в упомянутой дискуссии по гидронефрозу. Их подход к оперативному лечению гидронефроза почти не изменился. В статье они представили солидный клинический материал — 227 больных, у которых они выполняли в основном те же самые операции.

В то время я пытался понять лечебную тактику С.Д.Голигорского, тем более, что он был хорошо осведомлен о радикальных операциях, таких, как Андерсена-Хайнса и резекции лоханочно-мочеточникового сегмента, при которых иссекались патологически измененные участки мочевых путей, являвшиеся причиной нарушения пассажа мочи. Объяснение его свелось к тому, что он, как и профессор А.П.Фрумкин, является противником пересечения «мочевой дорожки», при котором нарушаются иннервация и кровообращение мочеточника и лоханки, а стало быть, и пассаж мочи. Все, кто опасался пересекать, вернее, резецировать патологически измененный сегмент, придумали массу модификаций восстановления проходимости сегмента, но без пересечения «мочевой дорожки». Урологи 60—70-х годов XX в. не имели опыта трансплантологов, которые пересекали и манипулировали на мочеточнике значительно больше, не опасаясь значительных нарушений пассажа мочи.

Такова в общих чертах предыстория проблемы гидронефроза у нас в стране. Масса нерешенных, спорных, неясных проблем давали мне возможность включиться в изучение гидронефроза.

Я пригласил заинтересованных заведующих лабораториями, осветил состояние проблемы гидронефроза и уретерогидронефроза у нас и за рубежом; показал наши возможности и направления в изучении проблемы; очертил примерные задачи каждой лаборатории. При этом сделал акцент на том, что научно обоснованные выводы можно сделать на большом, хорошо изученном материале. А пока нужно накапливать клинический материал и изучать его по единой схеме исследования с участием всех лабораторий. Было решено, что отдельные фрагменты можно закрепить за научными сотрудниками, они в последующем станут основой их кандидатских и докторских диссертаций.

С моим предложением согласились. Так клиницисты совместно с теоретиками приступили к долгосрочному исследованию гидронефроза и уретерогидронефроза.

Нужно отметить, что в 1970 году в институте сложились, я бы сказал идеальные условия для изучения этиологии, патогенеза, функции почки, уродинамики и лечения уретерогидронефроза и гидронефроза. Институт приобрел рентгеноурологическое кресло с телевизором и кинокамерой. Лаборатория электрофизиологии освоила методы изучения уродинамики, в том числе на обнаженных мочевых путях во время операции, создав специальную аппаратуру для электроуретеромиографии. Совместно со мною нейрофизиологи разработали методику электропиеломиографии и электроуретеромиографии во время операции на обнаженных мочевых органах. Такие методики тогда в клинике у больных не применяли нигде в мире. Несколько позже мы внедрили сцинтиграфию для отдельного изучения клиренс-тестов каждой почки, а также применили экскреторную урографию и радиоизотопную ренографию на фоне форсированного диуреза. Это позволило нам не только устанавливать причину заболевания, но и получать количественную информацию о нарушениях моторной функции и компенсаторных возможностях мочевых путей. Это способствовало значительному улучшению дооперационной диагностики, послужило научным обоснованием разработки тактики лечения и выбора наиболее приемлемого метода оперативного вмешательства в конкретной ситуации.

Применяемые нами дооперационные исследования позволили детализировать этиологические причины гидронефроза. Мы детально изучили роль сегментарной, субтотальной и тотальной гипоплазии мочеточников в нарушении пассажа мочи из почки в мочевой пузырь. Разработали методы оперативного лечения.

Разработали клинико-функциональную классификацию гидронефроза, которая позволяла легко установить стадию болезни и определить показания к операции, а также предугадать возможные результаты лечения.

Приоритет комплексных морфологических, гистологических и гистохимических исследований лоханки и мочеточника при гидронефрозе в нашей стране принадлежит нашему институту, в частности морфологической лаборатории, руководимой академиком А.М.Романенко.

Мы в институте уделяли большое внимание сопоставлению морфологических изменений при гидронефрозе с данными функцио-

нальных исследований, что позволило глубже понять и осветить механизмы течения болезни.

Я владел техникой наложения герметичного сосудистого шва, который внедрил в урологию, в частности при пластических операциях на почках и мочевых путях. В это время мы получили прекрасный шовный материал на атравматичных иглах, что обеспечивало достаточный герметизм анастомозов и высокое качество оперативного вмешательства.

Сопоставив различные оперативные методы лечения гидронефроза с применяемыми нами, я понял, что мы можем сделать свой вклад в изучение этиологии, патогенеза, диагностики и лечения гидронефроза.

Чернобыльская трагедия послужила дополнительным поводом к изучению гидронефроза и уретерогидронефроза в зоне радиационного загрязнения у лиц со сниженным иммунитетом и повышенной вирулентностью мочевой инфекции. Наши исследования в доаварийный период явились контролем, с которым мы сравнивали результаты лечения больных в радиационно загрязненной зоне. Подобных исследований в зоне радиационного заражения в мире никто не проводил.

При любой возможности на различных конференциях и в печати мы информировали урологов о наших методах диагностики и лечения гидронефроза. По мере накопления клинического материала мною запланированы две кандидатские диссертации: аспирантам Ю.Е.Сергейчуку «Рентгенотелевизионное и рентгенокинематографическое изучение уродинамики при некоторых заболеваниях почек и мочеточников» и П.С.Вукаловичу «Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе без дренирования почки». По тем временам эта тема диссертации была, можно сказать, революционной: предусматривалось пересечение «мочевой дорожки», резекция увеличенной внепочечной лоханки, операция исключала традиционную «нефростомию», предлагалось наложение разработанного нами «герметичного лоханочно-мочеточникового анастомоза с использованием микрохирургической техники».

Имея одиннадцать успешных операций, я поставил вопрос об утверждении диссертации П.С.Вукаловича на заседании ученого совета института. Оппоненты были, но тему диссертации и сроки ее исполнения утвердили.

Накопив достаточный клинический материал (50 наблюдений без острогнойного воспаления почек, образования мочевого свища и вынужденной нефрэктомии) мы с П.С.Вукаловичем направили ста-

тью в журнал «Урология и нефрология» с надеждой, что ее опубликуют, поскольку она была написана в плане рекомендаций редакционной статьи после известной дискуссии по гидронефрозу.

Не тут-то было. В публикации нам отказали. Я вынужден был написать следующее письмо А.Я.Пытелю:

«Глубокоуважаемый Антон Яковлевич!

Обращаюсь к вам как к главному редактору журнала «Урология и нефрология» в связи с тем, что не согласен с решением редколлегии от 27 мая 1974 года в отношении моей статьи «Хирургическая коррекция лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе» по следующим мотивам:

1. «Дискутабельные рекомендации» — не основание для отказа в публикации.

2. Нас нельзя обвинить «в сомнительной оправданности рекомендаций». Прежде чем посылать статью в журнал, мы изучили значительный клинический материал в ближайшие и отдаленные сроки и располагаем данными функциональных исследований, которые убедительно показывают преимущество резекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента без дренирования почки при гидронефрозе.

3. В эпоху суперинфекции и госпитализма, не говоря о других недостатках дренажа, нельзя по старинке, во всех случаях при хирургическом лечении гидронефроза дренировать почку. Мы на значительном клиническом материале показали целесообразность и возможность резекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефротической трансформации. Это носит элементы новизны и должно акцентировать внимание.

Если я не прав, то как рассчитывала редакция реализацию идей, изложенных в редакционной статье по проблеме гидронефроза и госпитализма в урологии?

4. Вопросы, разосланные правлением ВНОУ для возможной дискуссии по хирургическому лечению гидронефроза на пленуме в Кишиневе лишний раз подчеркивают актуальность нашей работы.

Учитывая все изложенное, прошу редколлегию пересмотреть решение от 27 мая 1974 года».

Видимо, среди членов редколлегии не было единого мнения по поводу нашей статьи. Через некоторое время я получил от А.Ф.Даренкова со ссылкой на Н.А.Лопаткина фототелеграмму:

«Прошу вас выступить на предстоящем пленуме с программным докладом по проблеме гидронефроза. При согласии срочно вышлите доклад на 10—12 стр. машинописи».

Очередной пленум Всесоюзного общества урологов было намерено провести в Кишиневе в 1974 году. Согласие на программный доклад я дал, тем более, что вопросы, которые предполагалось обсудить на пленуме, были близки мне.

Перечитывая свое выступление на пленуме урологов в Кишиневе спустя много лет, уже после того, как у нас накопился значительный опыт в лечении гидронефроза, я оценил его не очень высоко. Но по тому времени он был шагом вперед по сравнению с работами, которые в свое время публиковал журнал «Урология и нефрология». Положительным в нем было то, что я ратовал за радикальные операции, по возможности без дренирования почки, за активное ведение больных после операции, применение антибиотиков в сочетании с мочегонными средствами, сужение показаний к выполнению паллиативных операций, высказался категорически против использования неполноценных тканей при формировании лоханочно-мочеточникового анастомоза. Свой доклад подкрепил собственным клиническим материалом.

Как и ожидал, оценка доклада была неоднозначной. Были оппоненты и даже противники. Но мои высказывания не прошли мимо внимания многих урологов, даже тех, кто тогда выступил против меня. Кроме того, мы доложили о новых методах диагностики гидронефроза, которые тогда только начинали внедряться.

Благодаря Н.А. Лопаткину критику я перенес спокойно. Накануне пленума он меня предупредил, что у меня будет много противников, будет много критиков. На моей стороне — прогрессивные взгляды на проблему, убедительный клинический материал, поэтому я должен держать себя спокойно и быть корректным в ответах. Я принял разумный совет Н.А. Лопаткина и благодарен ему за это.

Всесоюзный пленум урологов в Кишиневе в 1974 году для нас в институте послужил мощным дополнительным стимулом изучения проблемы гидронефроза в последующие годы с участием значительного авторского коллектива. Актуальность проблемы не вызвала сомнений. Она обусловлена высокой инвалидизацией больных и значительной частотой выявления гидронефроза. По данным нашего института, в 70-х годах XX в. регистрировали 3 случая гидронефроза на 100 000 населения, на 50 млн населения Украины было 1500 больных, которым было показано оперативное лечение.

В клинике проблему гидронефроза изучали более 30 лет. За это время на лечении находились 2019 больных, из которых 1664 (83,2%) были прооперированы после комплексного урологического обследования. Такого большого числа больных гидронефрозом, обследован-

ных по единой схеме и оперированных преимущественно с использованием радикальных методов, не было ни в одной клинике, причем 656 операций выполнены радикально в Чернобыльской зоне.

Качество лечения больных в клинике постоянно совершенствовалось за счет опыта коллектива, увеличения числа радикальных операций, снижения частоты послеоперационных осложнений, постоянного наблюдения за больными в отдаленные сроки. Обращает на себя внимание тот факт, что частота выполнения нефрэктомий снизилась всего на 3,8%. Это обусловлено не столько качеством лечения, сколько исходным состоянием функции почки, то есть запоздалой диагностикой гидронефроза.

Летальный исход после операции был обусловлен осложнениями сопутствующих заболеваний, его частота составила 0,53%.

Гидронефроз новорожденных и детей первого года жизни — новая, чрезвычайно сложная, но решаемая проблема. В ближайшие годы она будет интенсивно разрабатываться, по мере внедрения в акушерскую практику предродовой и послеродовой превентивной ультразвуковой диагностики плода и новорожденного.

Пластические операции у детей первого года жизни и дошкольного возраста сложны из-за анатомических особенностей почек, лоханок и мочеточников. Они исключают возможность наложения широкого лоханочно-мочеточникового анастомоза. Анастомоз, обеспечивавший функцию почки и уродинамику у детей первого года жизни, в дальнейшем становится причиной нарушения пассажа мочи. Возникает необходимость выполнения повторной операции. Поэтому пластические операции по поводу гидронефроза у детей раннего возраста необходимо осуществлять по абсолютным показаниям. Детей с компенсированным гидронефрозом (I стадии) мы наблюдаем до 10—12-летнего возраста, если представляется возможность.

В бывшем СССР в 70-е—80-е годы XX века проблемы гидронефроза наиболее интенсивно изучались в нашем институте. За указанный период по проблеме гидронефроза сотрудниками института были написаны 12 диссертаций, 2 монографии, проведены 2 республиканские конференции (в 1969 и 1975 годах), съезд украинских урологов (1985), опубликованы 43 статьи в научных журналах, сборниках в стране и за рубежом. Сделаны многочисленные доклады на конференциях в разных республиках нашей страны, прочитаны лекции урологам, проходившим стажировку в институте.

В результате многолетнего, целенаправленного и всестороннего изучения гидронефроза совместно со смежными специалистами был

установлен ряд существенных особенностей этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения, которые в литературе были либо недостаточно освещены, либо по ним были спорные мнения, требовавшие уточнения, для успешной диагностики и лечения.

Речь прежде всего пойдет о так называемом функциональном гидронефрозе.

На основании результатов исследований мы сделали вывод, что в основе функционального гидронефроза лежит сегментарная гипоплазия мочеточника. Несмотря на достаточную проходимость сегмента, но при отсутствии в нем мышечной оболочки нарушается формирование болюса мочи и перемещение его в мочевой пузырь. Такой сегмент является причиной возникновения гидронефроза и подлежит оперативному удалению с наложением искусственного пиелoureteroанастомоза.

Операция уретеролиза, которую в такой ситуации выполняют, должна быть исключена, поскольку она не обеспечивает восстановление отсасывающей функции сегмента. При обширных гипоплазиях мочеточника более значительно нарушаются отсасывающая функция мочеточника и перемещение болюса мочи в сторону мочевого пузыря. Уродинамику предлагаем восстановить путем аутоотрансплантации почки или кишечной пластики. При тотальной гипоплазии мочеточника предпочитаем осуществление кишечной пластики.

О.В.Проскура еще в 1969 году на V украинской урологической конференции в программном докладе высказала мнение, что наличие добавочных нижнеполюсных сосудов не является причиной возникновения гидронефроза. Это подтвердили данные проведенной нами операционной электропиелoureтеромиографии. Структурные изменения (этиологические причины) выявлены не на месте пересечения мочеточника с добавочными сосудами почки, а в лоханочно-мочеточниковом сегменте. Лоханка увеличивалась вследствие нарушений в сегменте, достигала сосудов, перегибалась через них вместе с мочеточником. Это создавало иллюзию первопричины гидронефроза. На самом деле это вторичная причина, обусловленная обструкцией сегмента.

Выявленные нами патологические изменения в сегменте при наличии нижнеполюсных добавочных артерий внесли коррективы в методы оперативного лечения гидронефроза — мы отказались от пересечения добавочных нижнеполюсных сосудов почки, а также от антевазальной пиело-пиелостомии и пиелoureтеростомии. Выполняем операцию Андерсена-Хайнса, то есть удаляем участок

мочевых путей с субстратом, ставшим причиной возникновения гидронефроза.

Ортопедическую паллиативную операцию при гидронефрозе (по Альбаррану, при которой производят резекцию верхней чашки и лоханки) мы трансформировали в радикальную операцию, дополнительно удалив лоханочно-мочеточниковый сегмент, где располагался морфологический субстрат, обусловивший возникновение болезни, с последующим наложением пиелoureteroанастомоза. Способ защищен патентом Украины в 2001 году, операция названа именем автора.

Нас обвиняли в неоправданном отказе от выполнения нефростомии во время операций по поводу гидронефроза. Основанием для обвинений были: риск возникновения острого гнойного процесса в оперированной почке, отека анастомоза и недостаточности швов с нагноением, образованием мочевого свища и необходимости осуществления повторной нефрэктомии.

В свое оправдание могу сказать, что без нефростомии мы выполняли только 65% операций, которые были радикальными.

В сомнительных ситуациях — при наличии большой внутривенечной атоничной лоханки, значительном снижении функции почки, двустороннем поражении почек, гидронефрозе единственной почки, гипоплазии мочеточника даже радикальные операции заканчивали страховочной нефростомией. Нами разработаны научно обоснованные показания к нефростомии.

Мы постепенно отказались от паллиативных операций, которые выполняли на первом этапе изучения проблемы, выполнению в частности уретеролиза, резекции нижнеполюсной добавочной артерии, операций Фенгера, Фолея, Девиса, Джибсона, Нейвирта, Спасокукоцкого, резекции и пиелопластики лоханки. Ограничили показания к осуществлению операций Лихтенберга и Альбаррана. Неудовлетворение вызывала значительная частота выполнения нефрэктомии — 14,7% (в первой серии — 18%). Разработав идеально технику операций и увеличив в структуре хирургических вмешательств число радикальных операций, мы уменьшили частоту выполнения первичной нефрэктомии всего на 3,7%, вторичной — на 16,3%. Причиной этого была запоздалая диагностика гидронефроза.

Если методы диагностики и лечения оставить как есть, в стране будет увеличиваться число больных с единственной почкой. Их нельзя назвать здоровыми, поскольку им показаны непрерывное лечение, наблюдение и социальная защита.

При гидронефрозе полностью исключить нефрэктомия не удастся. Из детей, родившихся с гидронефрозом, примерно у 0,5% выявляют терминальный гидронефроз, возникший в период внутриутробного формирования плода, однако существенно сократить число оргауноносящих операций можно, повсеместно внедрив превентивную селективную ультразвуковую диагностику заболеваний почек. Многолетний опыт лечения гидронефроза обобщен в статье «Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения» (Урология. — 2002. — №3. — С. 43—47).

Уретерогидронефроз

Уретерогидронефроз привлекает внимание урологов не столько из-за распространенности, сколько из-за высокой инвалидизации больных.

Ведущим направлением в лечении уретерогидронефроза у взрослых является оперативное вмешательство. Оно предусматривает устранение причин болезни, восстановление пассажа мочи и сохранение почки.

В 60-е годы XX века было недостаточно фундаментальных исследований, посвященных уретерогидронефрозу, которые опирались бы на значительный клинический материал, данные современных методов исследования до, во время и после операции.

В периодической печати заболевание называют по-разному: ахалазия, мегауретер, мегалуретер, гидроуретер, гидроуретеронефроз. Я, как и некоторые другие урологи, предпочитают термин уретерогидронефроз, подчеркивая первичность поражения мочеточника и вторичность изменений в почке. Ахалазию, мегауретер, уретерогидронефроз рассматриваю как единый процесс.

В литературе нет общепризнанного названия и классификации уретерогидронефроза. Негативное влияние этого факта ощущается при клинико-функциональном изучении проблемы, из-за этого затруднено сравнение данных разных авторов.

К 1984 году мы располагали опытом лечения более 420 больных уретерогидронефрозом, из которых 374 оперированы. Установили некоторые новые факты, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболевания.

Применяя рентгенорадиологические методы исследования, электроуретромиографию и электроуретромиографию, в том числе и на обнаженных (во время операции) мочевых путях, мы изучили ком-

пенсаторные возможности нейрогенной дисплазии и гипоплазии мочеточников, уточнили их роль в возникновении уретерогидронефроза, выяснили пределы возможного использования ахалазии и мегауретера для оперативного восстановления пассажа мочи из почек в мочевой пузырь.

Установили, что рефлюксирующая ахалазия и мегауретер часто сочетаются с нейрогенным мочевым пузырем. В прогностическом отношении такое сочетание является наихудшим вариантом течения уретерогидронефроза: после выполнения прямой уретероцистонеостомии, как правило, возникает рецидив болезни из-за нарушения запирающей функции вновь сформированного анастомоза. Повторное осуществление уретероцистонеостомии еще менее эффективно.

По проблеме уретерогидронефроза отдельные фрагменты разрабатывали В.А.Пирогов, Ю.Г.Голубев, Н.В.Зеляк, М.М.Комарницкая, Ю.Е.Сергейчук, Э.А.Стаховский. Результаты их работы вылились в защищенные докторские и кандидатские диссертации, опубликовано более 50 статей, сделаны десятки докладов. Получено 5 патентов на методы операции.

Изучая морфологию мегауретера, окружающей его парауретеральной клетчатки, клетчатки забрюшинного пространства, мы пришли к выводу, что не забрюшинный фиброз является причиной мегауретера, а наоборот, мегауретер обуславливает возникновение забрюшинного фиброзосклероза. При мегауретере вследствие застоя слизистая оболочка резорбирует мочу, которая частично поступает в клетчатку забрюшинного пространства. Длительное поступление мочи оказывает склеротическое действие на клетчатку, вызывая ее склерозофиброз, вошедший в литературу как один из этиологических факторов. Это доказано многими исследователями. Ю.А.Пытель, В.П.Дьяконов (1975) по данным гистоморфологических исследований установили опасность экстрavasации мочи в клетчатку забрюшинного пространства, подтвердив ее функциональную роль в уродинамике.

По мере изучения проблемы мы ограничивали показания к операциям Пуйжверта, Бази, Хендрена, Мебеля, Жильверне, Рикардо—Беминхауза. Они оказались недостаточно эффективными, положительный результат был временным.

Расширили показания к выполнению радикальной операции Политано—Лидбеттера в нашей модификации. Разработали способ пластики интрамурального отдела мочеточника при уретероцеле и операцию Стаховского. Кишечную пластику мочеточника осуществляли в нашей модификации. Разработали и внедрили простатовезику-

лэктомии для устранения сужения предпузырного отделения мочеточника. Все способы операций защищены патентами.

Выполнение прямой уретероцистостомии по поводу ахалазии и мегауретера способствовало восстановлению проходимости мочеточника, но не всегда обеспечивало восстановление пассажа мочи или он восстанавливался на короткое время. После операции болус мочи в течение длительного времени задерживается на одном месте, моча продвигается не порциями, а сплошной застойной массой, что на экскреторной урограмме определяется в виде застоя мочи в расширенном мочеточнике, а при рентгенотелескопии видны неэффективные сокращения стенки мочеточника и регургитация контрастированной мочи.

Прямую уретероцистостомию выполняем с использованием абдоминально-пузырного оперативного доступа. Преимуществом его является возможность резецировать 5—8 см тазовой части мочеточника и выполнить операцию Политано—Лидбеттера. Для надежной герметизации сформированного анастомоза использовали брюшину. После выполнения десятков операций трансабдоминальной уретероцистостомии перитонита и недостаточности швов анастомоза не наблюдали. Уродинамический эффект такого вмешательства в ближайший период вполне обнадеживающий, поскольку радикально удаляется измененная тазовая часть мочеточника.

Для лечения уретерогидронефроза, обусловленного большим уретероцеле, мы разработали оригинальный способ пластики интрамурального отдела мочеточника, на который получен патент.

Функциональные результаты предложенной операции оказались очень хорошими. Выполнение прямой уретероцистостомии при нейромышечной дисплазии мочеточника недостаточно обеспечивает восстановление уродинамики. Мы убедились, что при гипоплазии, нейромышечной дисплазии мочеточника, наличии высокого свища мочеточника травматического происхождения показана замена мочеточника сегментом тонкой кишки.

При достаточной функции почки и активной перистальтике трансплантата всасывание мочи слизистой оболочкой кишки не сопровождается ацидозом. Всосавшиеся продукты обмена тут же вновь выделяются почками.

Из 732 больных, оперированных до 1996 года по поводу уретерогидронефроза, кишечная пластика осуществлена у 262 (34%). Следует отметить, что кишечная пластика была спасительным вмешательством для больных с рецидивом болезни, двусторонним

уретерогидронефрозом, уретерогидронефрозом при единственной почке.

Наша методика кишечной пластики мочеточника при уретерогидронефрозе описана в журналах «Урология» (№ 2, 2000) и «Клінічна хірургія» (№ 12, 1998). Она отличается от методик, существовавших ранее, радикальностью.

Заканчивая анализ результатов лечения больных с уретерогидронефрозом почти за 30 лет, отметим, что они не удовлетворяли нас: почти у 25% больных лечение закончилось первичной нефрэктомией. После выполнения прямой уретероцистостомии 32% больных потребовалось повторное вмешательство. Значительная часть неудач обусловлена тем, что при уретерогидронефрозе, мегауретере, ахалазии урологи восстанавливали проходимость мочевых путей, используя мочеточник с морфологическими изменениями его стенки. Однако восстановление проходимости мочеточника в такой ситуации неравнозначно восстановлению пассажа мочи по нему.

Послеоперационная летальность при кишечной пластике мочеточников у больных уретерогидрозом составила 1,3%. Основные причины смерти — осложнения сопутствующих заболеваний.

В течение трех десятков лет мы поддерживали связь с большинством оперированных больных. Периодически проводили их контрольные исследования амбулаторно и в стационаре.

Меня больше всего интересовало качество жизни пациентов, у которых осуществлена кишечная пластика мочеточников, поскольку я значительно расширил показания к этой операции при уретерогидронефрозе, особенно в сочетании его с нейрогенным мочевым пузырем и при рецидивной стриктурой.

Я писал, что после выполнения прямой уретероцистостомии почти 32% больных требовалась повторная операция. Из больных, которым была произведена кишечная пластика, повторно оперированы всего 3 (0,9%) пациента. Я наблюдал много больных в сроки от 10 до 27 лет после операции. Срок наблюдения достаточный. Качество их жизни было вполне удовлетворительное. Значительное число пациентов вернулись к общественно полезной деятельности. Причиной инвалидности явилась почечная недостаточность, не связанная с кишечной пластикой, а зависевшая от состояния функции почек до операции.

В заключение отмечу, что проблема уретерогидронефроза длительное время была ведущей в институте. Она изучалась комплексно различными специалистами в лабораториях, клинике и на операционном столе. Мы впервые в мире систематически производили электроуретеромиографию обнаженного мочеточника на операцион-

ном столе с целью выяснения состояния нервно-мышечных структур стенки мочеточника, уточнения протяженности поражения мочеточника и выбора метода восстановления пассажа мочи. Мы впервые доказали причинно-следственную связь склероза предстательной железы с уретерогидронефрозом, а также травматической стриктуры уретры со склерозом предстательной железы. Нами выполнено около 800 различных пластических операций. При уретерогидронефрозе расширили показания к кишечной пластике мочеточника, чем сохранили почки у 34% больных.

Проблема уретерогидронефроза нами освещена в 13 докторских и кандидатских диссертациях (Э.А.Стаховского, А.С.Переверзева, В.А.Пирогова, Б.С.Майдана, В.И.Зубко, М.М.Комарницкой, А.Мо-нафа, С.В.Герасимова, В.А.Котова), монографии Г.Ф.Колесникова, а также многочисленных статьях, опубликованных в отечественных и зарубежных журналах. Нами получено 3 патента на методы операции. По моей инициативе проблема уретерогидронефроза неоднократно обсуждалась на урологических форумах разного уровня.

Проблемы опухолей почек

В урологических отделениях у нас в стране и за рубежом на лечении постоянно находились 3—5% больных с опухолью почек. Урологов не удовлетворяют результаты лечения таких больных.

В 60—70-е годы XX в. для диагностики опухолей почек начали применять такие высокоинформативные лучевые методы исследования, как радиоизотопная сцинтиграфия, реновазография, ультразвуковое исследование, компьютерная и магниторезонансная томография. Стало возможно диагностировать опухоль, расположенную в паренхиме почки, диаметром от 1,5 см. Теоретически создались условия для расширения показаний к выполнению органосохраняющих операций на почках.

Однако, как показал мировой опыт последующих двух десятилетий, значительных сдвигов в хирургическом лечении опухолей почек не произошло, по-прежнему основной операцией является удаление почки.

Недостаточно иметь в медицинском учреждении высокоинформативную лучевую диагностическую аппаратуру. Главное — сосредоточить ее на «стратегическом потоке больных» в начале болезни, в латентной фазе, а не в разгар, как это происходит чаще всего.

Это очень важная проблема. Опухоли почек, как и многие другие заболевания, характеризуются длительным бессимптомным ла-

тентным периодом, во время которого человек никаких признаков болезни не ощущает, чувствует себя совершенно здоровым. В этот период ни больной, ни тем более врач, не знают о зародившейся опасной болезни в почке. Появление симптомов — признак запущенности болезни с сомнительным прогнозом.

Есть ли выход из сложившейся ситуации?

Да, есть.

Выход состоит в проведении массовых и целенаправленных профилактических осмотров подозрительных контингентов населения. Это огромная и трудоемкая работа!

Кроме того, люди, считая себя здоровыми, часто и думать не хотят о профилактическом медицинском осмотре и обследовании, а тем более об операции.

Профилактические медицинские осмотры, основанные на осмотре и анализе жалоб больного, как их обычно проводили, для ранней диагностики опухолей почек не подходят. Не всегда помогают анализы крови, мочи, данные и пальпаторного исследования.

В 1979 году проблема диагностики и лечения опухолей почек обсуждалась на Международном конгрессе урологов в Париже. Как новое предлагали экстракорпоральные методы удаления опухолей почек с последующей аутотрансплантацией органа на подвздошные сосуды.

Наш опыт экстракорпоральной хирургии почек показал: метод громоздкий, операция длится 3—4 часа, требует проведения холодной перфузии почки, вмешательства на ее паренхиме, лоханке, артериях и венах. Течение послеоперационного периода сложное. Требуются большие материальные затраты. Прогноз после операции сомнительный в силу биологических особенностей опухолевого роста. Операция не повлияла на частоту выполнения нефрэктомии в целом. Для массового применения экстракорпоральная хирургия почек не годится. Она лишь доказала возможности современной урологии в расширении методов оказания помощи пациентам.

Сложность ранней диагностики опухолей почек обусловлена биологическими особенностями опухолевого роста. Никто не знает, когда и по каким причинам начинает расти опухоль в почке, как долго она развивается до появления метастазов и клинических симптомов.

Вместе с тем, в литературе описаны наблюдения многих урологов, когда после паллиативных операций или нефрэктомии наблюдали стойкое излечение от рака в течение десятков лет. В большинстве этих наблюдений опухоль была случайной находкой во время операции или диагноз своевременно был установлен во время проведения медицинского осмотра и обследования по другому поводу.

Главное, и на это мы обращаем особое внимание, что в этих наблюдениях достигнут стойкий положительный результат — излечение от раковой болезни. Значит, основная задача медиков всех уровней и специальностей — добиться превращения случайной диагностики в закономерную.

В ранней диагностике заболеваний некоторые организаторы здравоохранения возлагают надежды на санитарно-просветительную работу среди населения. Это направление деятельности вызывает у меня сомнение. Медицинские работники, когда они сами заболевают, как правило, поступают на лечение с запущенными стадиями болезни. А ведь они знакомы с опухолевыми заболеваниями не на санпросветовском, а на профессиональном уровне.

Из 662 больных, оперированных в клинике по поводу опухоли почек, органосохраняющие операции выполнены у 42. Удовлетворительные и хорошие результаты после выполнения органосохраняющих операций в сроки от 8 до 25 лет достигнуты у 18 пациентов.

Ниже приведу краткую историю болезни, которая иллюстрирует длительный хороший результат оперативного лечения опухоли почки.

В бытность мою преподавателем Донецкого мединститута, в моей группе занимался студент Валентин. В начале 70-х годов он поехал на курсы усовершенствования по хирургии в Московский институт усовершенствования врачей. Преподаватель кафедры лучевой диагностики предложила провести обследование одного из курсантов. Валентин изъявил желание. Во время исследования у него обнаружена опухоль почки без каких бы то ни было клинических проявлений. После исследования у него возник стресс. Он поехал в одну клинику, в другую, диагноз тот же. Предлагают операцию. Он не соглашается. Угнетен страшно. Вернулся домой. Работать не смог, ушел в болезнь. Ему посоветовали обратиться ко мне.

Передо мной был не только урологический, но и измученный психически тяжелобольной. Симптомы стресса доминировали, опухоль молчала.

Нужно оперировать, даже помимо его желания и воли. Жена согласна на операцию.

— Знаешь, Валентин, ты уже потерял целый месяц. Диагноз все подтвердили. Лучше тебе не станет. Нужно оперироваться. На завтра назначаю на операцию.

— Как завтра?

— Валентин, завтра. Ты полностью обследован.

— Дайте мне хоть пару дней подумать.

— Валентин, ничего ты не придумашь. Тебе только хуже станет. Завтра операция.

На второй день была произведена нефрэктомия. Опухоль располагалась в пределах почки, без прорастания сосудов и местных метастазов.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 20 лет Валентин здоров. Продолжает трудиться хирургом.

Следующее наблюдение заслуживает самого серьезного внимания своей уникальностью.

Больной в возрасте 12 лет удалили правую почку. В зрелом возрасте у нее обнаружили опухоль левой почки. До недавнего времени таких больных считали обреченными. Теперь медицина в состоянии их лечить.

Вначале больной удалили почку, пораженную опухолью, и перевели на программный гемодиализ (искусственное очищение крови). Спустя некоторое время пересадили трупную почку. Пациентка выздоровела.

В 1974 году мною оперирован больной, у которого случайно во время профосмотра обнаружили рак нижней половины левой удвоенной почки. Опухоль локализовалась в нижней половине левой почки, но так, что проросла в просвет мочеточника непораженной верхней почки. Операция предусматривала удаление пораженной почки и резекцию мочеточника непораженной. Лоханка оставшейся почки соединена с мочеточником удаленной почки. Это обеспечило отток мочи и функционирование единственной почки после операции. Прошло 22 года. Человек жив и работает. Значит, наступило выздоровление от рака.

Наблюдение, приведенное ниже, не менее поучительно, касается киевского профессора, хирурга Александра Лазаревича Пхакадзе, оперированного профессором Гельфером.

Пациент обратился к врачу по поводу опухоли VIII ребра слева. Ребро удалили. При гистологическом исследовании опухоль ребра оказалась метастазом гипернефроидного рака почки. Уточняющее урологическое исследование подтвердило диагноз. Произведена нефрэктомия, после которой пациент прожил 13 лет, умер от заболевания сердца.

Приведенные наблюдения подтверждают мнение онкологов о том, что мы еще недостаточно знаем патогенез опухолей почек, сроки появления метастазов, поэтому наши прогнозы не всегда имеют научное обоснование.

Для себя я сделал следующие выводы.

1. Опухоли почек, протекающие бессимптомно или с минимально выраженными симптомами, которые пациенты не фиксируют вниманием, можно выявить только путем превентивных плановых массовых (организованных) медицинских осмотров с использованием методов лучевой диагностики.

2. При общем удовлетворительном состоянии больного наличие регионарных и отдаленных одиночных метастазов не может быть противопоказанием к выполнению нефрэктомии. Важно, чтобы операция не была опасней самой болезни.

3. Опыт хирургического лечения свидетельствует о том, что урологи, ввиду несовершенной ранней диагностики опухолей почек, применяют героические усилия ради спасения жизни больных, находящихся на грани операбельности. Их героизм до сих пор был оправдан, поскольку даже при значительном поражении почек, наличии регионарных и одиночных отдаленных метастазов у некоторых больных удавалось достичь длительного излечения от раковой болезни.

Сейчас ситуация коренным образом изменилась. Нужно переместить акцент на раннюю диагностику. Медицинская инженерная техника создала аппараты, которые позволяют визуализировать опухоль в начальных стадиях, когда оперативное лечение связано с меньшим риском для жизни больного. Организация поликлинической службы превентивной диагностики заболеваний в масштабах страны, основанных на широком применении аппаратных лучевых методов исследования, создание банков данных контингентов риска обеспечит прогресс в оказании медицинской помощи населению. Тактика скрининговой диагностики экономически оправдана, поскольку направлена на оздоровление больших групп населения.

Значение наших исследований при односторонних опухолях почек состоит в изучении компенсаторно-приспособительной адаптации единственной почки у жителей Чернобыльской зоны после нефрэктомии.

До операции нами раздельно изучалось влияние опухоли на пораженную и контралатеральную почки, а также процессы викарной гипертрофии и адаптации единственной почки в различные сроки после операции.

Нами установлено, что на функцию обеих почек, наряду с местным ростом опухоли влияет раковая интоксикация, которая прогрессирует по мере замещения почечной паренхимы и развития метастазов.

Удаление пораженной почки в ранний послеоперационный период не устраняет раковой кахексии и ее последствий. Поэтому больные после операции нуждаются в интенсивной терапии.

Больные раком почки, оперированные в первой и во второй стадиях, излечиваются от раковой болезни. Живут 10—15—20 и более лет. Функция оставшейся единственной почки обеспечивает жизнедеятельность организма. Некоторые пациенты (в работоспособном возрасте) возвращаются к профессиональной деятельности.

Урогинекологические заболевания

В структуре урологических заболеваний клиники значительный удельный вес занимают различные урогинекологические заболевания. Минздрав Украины издал приказ № 96 от 05.10.88 года о создании на базе нашей клиники Республиканского урогинекологического центра. С этого времени поток пациентов с урогинекологическими заболеваниями со всей республики увеличился.

В мирное время простые, сложные и комбинированные урогинекологические свищи образуются чаще всего после акушерско-гинекологических операций и травм.

Женщина оказывается в сложном положении. Помимо тяжелого заболевания, у нее возникают семейные драмы, стресс. Нередко распадается семья. Поэтому, приступая к лечению таких женщин, нужно быть не только урологом, но и психологом. Нужно быть предельно внимательным к пострадавшим женщинам, вселить надежду на выздоровление. Лечение таких больных сопряжено с осложнениями. Не исключены осложнения в будущем. И, несмотря на все сложности предстоящего лечения, нужно добиться того, чтобы пострадавшие поверили в хирурга, а главное, в успех лечения.

Ситуации бывают психологически крайне сложные. Представьте, женщина поступила в роддом родить здорового ребенка. Все ее близкие с нетерпением, радостью и волнением ожидали прибавления в семье. А вместо всего этого — гибель ребенка и тяжелая болезнь у матери. Там, где в семье были любовь, согласие и уважение, где семья жила едиными интересами и заботой друг о друге, горе объединяет семью, беседы врача укрепляют семью, способствуют созданию морального климата, направленного на преодоление постигшего ее несчастья.

Обращает на себя внимание тот факт, что в силу ряда объективных причин повреждение мочеточника во время выполнения гине-

кологических операций распознают редко. О возникновении пузырно-влагалищного свища больная узнает раньше врача по выделению мочи из полости влагалища.

Первый клинический период существования мочевого свища протекает в акушерско-гинекологическом отделении. Урологи подключаются к лечению таких больных во втором периоде — сформировавшегося мочевого свища.

Для оперативного лечения свища мочеточника предложены различные пластические операции. В старых руководствах по урологии рекомендовали лечение свища мочеточника заканчивать нефрэктомией. Сейчас такие операции применяют редко, когда почка погибла или невозможно закрыть свищ мочеточника другими способами.

Результаты оперативного лечения свища мочеточника и выбор метода пластической операции зависят от многих составляющих: исходной функции почки, изменений стенки мочеточника, уровня расположения свища, состояния мочевого пузыря, проходимости пузырно-уретрального сегмента, опыта хирурга.

Все больные, оперированные по поводу свища мочеточника, живы.

Пузырно-вагинальные свищи в урологической практике выявляют достаточно часто. Я уже писал о том, что оперативным лечением таких свищей я начал заниматься еще в Донецке. Тогда мы оперировали больных с пузырно-влагалищными свищами чреспузырным доступом.

В 1969 году профессор О.В.Проскура познакомила меня с методом оперативного зашивания простого и комбинированного пузырно-влагалищного свища вагинальным доступом. Я применил в клинике эти операции и с тех пор стал сторонником такого доступа.

Мы наблюдали больных с различными комбинированными рецидивными свищами, которых к нам отовсюду направляли. С использованием вагинального доступа излечить их было невозможно, поэтому мы постоянно разрабатывали и совершенствовали различные комбинированные оперативные доступы.

Наиболее сложно лечить пузырно-вагинально-ректальные свищи. Методы операции нестандартные, многоэтапные.

У молодых женщин с заболеванием мочеполовой системы удивительно сильно чувство материнства. Они готовы переносить любые операции, лишь бы сбылась надежда стать матерью.

Одно из таких уникальных наблюдений привожу ниже.

Девушка, которой теперь 24 года, в 9-летнем возрасте попала в автомобильную аварию. В больницу была доставлена в состоянии тяжелейшего шока, с множественными переломами костей таза, раз-

рывом мочевого пузыря, влагалища, мочеиспускательного канала и прямой кишки. Восемь операций, сделанных в местной больнице, спасли ей жизнь. Последующее восстановление мочеиспускания растянулось на многие годы и заканчивалось неудачами, в связи с чем ее направили в нашу клинику. При обследовании стало ясно: устранить самопроизвольное истечение мочи через влагалище можно только путем пересадки мочеточников в толстую кишку. Мочеточники пересадили в прямую кишку. Так была решена проблема управляемого мочеиспускания.

Через 6 мес. пациентка вышла замуж. Забеременела. Гинекологи с нашим участием произвели родоразрешение кесаревым сечением. Ребенок здоров. Течение послеоперационного периода проходило без осложнений.

Мне трудно комментировать приведенное наблюдение. Удивляюсь мужеству, настойчивости и выносливости женщины, пожелавшей родить ребенка. Родоразрешающая операция и появление ребенка на свет были связаны с чрезвычайной опасностью для жизни матери. Все это ее не остановило. Она мечтала иметь ребенка, стать мамой и была за это вознаграждена здоровым ребенком! Через 3 года ей еще раз произведено успешное родоразрешение кесаревым сечением. Ребенок здоров.

Значение наших исследований при травматических свищах мочеточника состоит в применении на операционном столе электроуретеромиографии выше и ниже свища и определении зоны необратимых изменений в стенке мочеточника, вызванных травматическим и воспалительным процессами. Эти данные научно обосновали протяженность резекции измененной стенки мочеточника и легли в основу выбора метода восстановления непрерывности мочевого тракта и сохранения функционирующей почки. Разработаны показания и методы одновременной операции при поражении обоих мочеточников.

Внесены усовершенствования в оперативное лечение простых и комбинированных губовидных пузырно-влагалищных свищей, а также травматических кишечно-мочевых свищей.

Сосудистая урология

Одним из первых в отечественной урологии ангиографией начал заниматься Н.А.Лопаткин. Свой опыт он обобщил в монографии «Транслюмбальная аортография». В начале 1970 года клиника располагала рентгеноурологическим креслом с ангиографическим автома-

тическим шприцем, что позволяло во время исследования обеспечить нужную концентрацию контрастного вещества в сосудах почки.

В институт обращались многие больные, у которых для дифференциальной диагностики артериальной гипертензии необходимо было провести ренальную вазографию. Разработка проблем сосудистой урологии выводила нас на международный уровень урологической науки.

Реновазографией я поручил заниматься научным сотрудникам А.С.Переверзеву и Ю.Е.Сергейчуку. В середине 70-х годов у нас появился рентгеновский аппарат «Ангиотрон», применение которого упростило реновазографию и позволило создать компьютерный банк данных. Стал возможен повторный просмотр ангиограмм, а при необходимости все можно было зафиксировать на пленке.

Благоприятными условиями мы немедленно воспользовались для изучения ангиоанатомии при ренальной и вазоренальной гипертензии, опухолях и кистах почек, гидронефрозе, уретерогидронефрозе и нефроптозе. Это было новшество в изучении сосудов почек при урологических заболеваниях.

Вскоре мы установили, что с помощью ангиографии невозможно выявить опухоль почки диаметром менее 3—3,5 см, стало быть, результаты ангиографии нельзя использовать для ранней диагностики опухолей почек и обоснования применения органосохраняющих операций.

Нами детально изучены изменения артериальных сосудов при гидронефрозе, на эту тему опубликованы несколько статей, монографий, защищены диссертации сотрудников.

Реновазография сыграла значительную роль в дифференциальной диагностике ренальной и вазоренальной гипертензии.

В институте стали концентрироваться пациенты с патологией почечной артерии: склеротической стриктурой, фибромускулярной дистрофией, аневризмой.

По мере накопления клинического материала и повышения нашей заинтересованности в научной разработке сосудистой урологии назрела необходимость в создании бригады сосудистых урологов. Так в институте в составе моей клиники была создана группа сосудистой урологии, в которую вошли А.С.Переверзев, В.И.Зубко, А.И.Щербак.

Первые операции на почечных артериях мною были сделаны в начале 1970 года.

Операции предусматривали резекцию короткой стриктуры почечной артерии и восстановлении ее проходимости путем наложения

анастомоза конец в конец. При длинной стриктуре производили продольное рассечение артерии и удаляли атеросклеротические бляшки. В продольный разрез артерии вшивали заплату из поверхностной вены бедра, предварительно выделенной у больного.

Эти операции затруднялись в тот период отсутствием атравматических игл с синтетическими нитями. Вскоре такие иглы появились.

С самого начала развития сосудистой урологии в институте мы ставили задачу выяснения влияния операции не только на артериальное давление, но и на функцию почки, что в какой-то степени позволяло оценить эффективность восстановления проходимости почечной артерии и сосудистого анастомоза и отличало наши исследования от разработок сосудистых хирургов.

А.С.Переверзев, В.И.Зубко и А.И.Щербак по моей рекомендации разработали и внедрили в клинику сложную, но эффективную операцию, которую впервые в Союзе выполнил профессор Б.В.Петровский — трансортальную интимэктомию. Это одна из сложнейших сосудистых операций не только в урологии, поскольку нужно было без применения искусственного кровообращения вскрыть аорту против устья почечной артерии и извлечь атеросклеротическую бляшку. Мои сотрудники с этой задачей успешно справились. Эта операция вошла в арсенал операций клиники.

В свое время, когда министр здравоохранения СССР профессор Б.В.Петровский был гостем нашего института, я поставил его в известность, что у нас выполняются операции на почечных сосудах, включая трансортальную интимэктомию, он был удивлен, полагая, что эта операция под силу только сосудистым хирургам самого высокого класса. Оценил и одобрил изучение функции почек после сосудистых операций.

В операции трансортальной интимэктомии я непосредственного участия не принимал. Для меня важно было, чтобы члены бригады обладали достаточным хирургическим мастерством и опытом. Поэтому, составляя и подписывая план операции на каждый день, почти никогда не менял состав сосудистой бригады. Это одна из составляющих успеха этой сложнейшей операции.

По показаниям в качестве способа восстановления кровообращения в почке при наличии длинной стриктуры почечной артерии и фибромускулярного стеноза дополнительно формировали спленоренальный анастомоз с благоприятными непосредственными результатами.

Первая успешная аллотрансплантация почки у больного с фибромускулярным стенозом почечной артерии мною была сделана в 1978 году.

В 1979 году я был участником Международного конгресса урологов в Париже, где обсуждалась проблема экстракорпоральной хирургии, в частности аллотрансплантация почек.

Вернувшись из Парижа, я активизировал в институте экстракорпоральную хирургию почек, включая аллотрансплантацию. Больше внимания мы уделили аллотрансплантации почек при стриктуре и фибромускулярном поражении почечной артерии. Материал у нас был значительный. К этой проблеме были подключены нефрологи, биохимики, лаборанты, радиологи, рентгенологи.

Трансплантация и аллотрансплантация почек, операции на почечных артериях, трансортальная интимэктомия подняли разработки нашего института на уровень мировых стандартов. Об этом неоднократно подчеркивали в своих записях в книге отзывов иностранных гости. Их поражали широкие научные интересы сотрудников института, глубина и современность научных исследований, консервативного лечения и широкий диапазон хирургических вмешательств. Они положительно оценили удачное расположение урологической и нефрологической клиник и лаборатории на одной территории, что благоприятно сказывается на совместной работе клиницистов и теоретиков.

В 1982 году я получил приглашение принять участие в работе Всесоюзной научной конференции по вазоренальной гипертензии. С А.С.Переверзевым подготовили доклад, таблицы, слайды, выполненные на компьютере, тогда у нас это было редкостью.

Выступая с докладом, я сказал, что мы собираемся доложить опыт 59 операций аллотрансплантаций почек, в зале я почувствовал интерес к нашему докладу, поскольку у других выступающих не было такого материала и опыта. В докладе я подчеркнул, что мы, урологи, в отличие от сосудистых хирургов, тщательно изучаем не только проходимость восстановленной почечной артерии, сосудистого анастомоза и динамику артериального давления, но и функцию почки, во имя чего, собственно говоря, и предпринимается операция, и подтвердил это таблицами с функциональными показателями, сделанными до и после вмешательства, а также контрольными ангиограммами и урограммами. Хуже было с артериальным давлением: при улучшении общего состояния пациентов давление не всегда снижалось до нормального уровня или хотя бы имело положительную динамику.

В докладе я это объяснил структурными изменениями клубочково-канальцевого аппарата, обусловленными длительной артериаль-

ной гипертензией, и отсутствием методик их диагностики до и после операции.

Докладчик из Института сердечно-сосудистой хирургии (Москва) сообщил, что они располагают опытом 6 операций аллотрансплантации почек. На этом основании академик А.В.Покровский задал мне вопрос, не превышаем ли мы показания к выполнению столь сложной операции. Не проще ли было решить проблемы, как это делает большинство сосудистых хирургов, путем вмешательства на сосудах или трансортальной интимэктомии, опытом которых они владеют.

В дискуссии после официальных докладов мы объяснили, что, имея опыт осуществления трансортальной интимэктомии и наложения сосудистых анастомозов, считаем, что аллотрансплантация почки при вазоренальной гипертензии имеет много преимуществ. Это хорошо видно на контрольных урограммах, ангиограммах и сцинтиграммах.

Наши доклады на конференции оказались на самом высоком уровне, что подтвердил председательствующий.

Клинического материала по аллотрансплантации почек накопилось достаточно для планирования кандидатской диссертации А.Ю.Щербака.

В клинике широко занимались проблемой варикоцеле. С этим заболеванием поступали пациенты, которых направляли призывные комиссии. Больных зрелого возраста, как правило, вначале направляли к сексологам. Существовало мнение, что иногда бездетный брак обусловлен наличием варикоцеле. Расширение вен мошонки, семенного канатика обуславливает нарушение микроциркуляции в яичке, атрофию его, нарушение сперматогенного процесса. В 70—80-е годы во многих урологических клиниках Союза занимались этой проблемой. Кроме того, проблема варикоцеле была темой «Школы молодых урологов», которая проходила в Баку под патронатом профессора М.Д.Джавад-заде.

Наш сотрудник Ю.М.Згоник изучил причины возникновения рецидивов уретероцеле. Оказалось, что большинство урологов перевязывали и пересекали крупные стволы яичка, оставляя без внимания мелкие. Они-то после операции расширялись и становились причиной рецидива уретероцеле. Свой материал Ю.М.Згонник обобщил в кандидатской диссертации.

При варикоцеле я отдавал предпочтение операции наложения венозного анастомоза конец в конец между проксимальным концом вены яичка и наружной подвздошной веной. Эта операция позволя-

ла избежать венозной гипертензии в почке, поскольку часть венозной крови по вене яичка сбрасывалась в левую подвздошную вену. Операция оправдана при сужении устья почечной вены. Влияла ли операция перевязки вен яичка (операция Иванисевича) на сперматогенную функцию яичек и сокращение числа бесплодных браков, убедительных данных у сексологов не было. Это же мнение подтвердил в прошлом наш сотрудник А.И.Першуков в монографии «Уретероцеле» (2002).

У А.С.Переверзева заканчивалась работа над докторской диссертацией. В свое время я планировал рекомендовать ученому совету избрать его заведующим отделения онкоурологии. Он в этом отделении проходил аспирантуру и, работая у меня в клинике, проявлял постоянный интерес к онкоурологическим заболеваниям.

Но время шло и обстоятельства менялись. В онкоотделении успешно работал над докторской диссертацией И.А.Клименко. Работа подходила к завершению. В том же отделении В.С.Сакало также успешно заканчивал докторскую диссертацию. В.С.Сакало начал самостоятельно работать над проблемой опухолей яичка. Со временем стало ясно, что материал солидный, хорошо изученный. Л.А.Пыриг предложил В.С.Сакало планировать докторскую диссертацию.

Отделением онкоурологии заведовал М.И.Гойхберг, кандидат медицинских наук, сотрудник пенсионного возраста, замечательный врач и прекрасный человек. Он хорошо понимал, что его коллеги взяли хороший старт и приближаются к победному финишу. В один из дней он нанес мне визит и сказал, что готов подать заявление об уходе с должности заведующего клиникой, как только это сочтет целесообразным администрация института.

Теперь передо мною встал вопрос: кого рекомендовать на должность заведующего отделением онкоурологии: И.А.Клименко или А.С.Переверзева? Для обдумывания время было.

А.С.Переверзев внесет в работу онкоурологической клиники свежую струю, активизирует и расширит онкоурологические исследования.

В то же время он руководил группой сосудистой урологии и руководил неплохо. Сосудистая урология — это новое направление, в котором в наших условиях с хорошей лабораторной базой можно добиться значительных научных успехов.

Подобных отделений в то время в урологических учреждениях не было. В те годы аллотрансплантацию почек выполняли в урологических клиниках В.С.Рябинского, Н.А.Лопаткина и Н.Е.Савченко.

Для себя я решил: И.А.Клименко рекомендовать на заведование онкоурологическим отделением, а А.С.Переверзева — сосудистым отделением. С этим согласился Л.А.Пыриг.

Осталось ждать соответствующих условий — защиты претендентами докторских диссертаций и утверждения их ВАКом. Тем временем Министерство здравоохранения утвердило в структуре института отделение сосудистой урологии.

А.С.Переверзев успешно защитил докторскую диссертацию. Совет единогласно избрал его заведующим отделением сосудистой урологии.

Из коечного фонда своей клиники я выделил ему 40 коек, две операционные, из своего отделения перевел к нему научных сотрудников В.И.Зубко, А.Ю.Щербака, ординаторов Е.И.Шолковского, Ю.М.Згонника и клинического ординатора М.П.Кавку. До этого А.Ю.Щербаку я запланировал под своим руководством кандидатскую диссертацию по аллотрансплантации почек. Материал уже был фактически собран. Поскольку я перевел А.Ю.Щербака в отделение сосудистой урологии, дальнейшее руководство кандидатской работой я решил передать А.С.Переверзеву. А.Ю.Щербак подготовил и успешно защитил диссертацию, а в 1989 году они совместно с А.С.Переверзевым написали монографию, первую в СССР: «Ауто-трансплантация почки в клинической урологии», обобщив опыт 82 операций. Авторы подарили мне книгу с записью: «Учителю урологии В.С.Карпенко, положившему в 1978 году начало проблеме, рассматриваемой в этой монографии».

Позже профессор Е.Мазо мне скажет: «За всю свою жизнь я не помню случая, чтобы учитель поделился койками своей клиники и передал руководство почти законченной диссертацией своему сотруднику. Подарок царский».

Для меня самым важным было то, что в институте проблема сосудистой урологии развивается. Правда, из-за экономического кризиса не теми темпами, как хотелось бы. В 2001 году А.Ю.Щербак успешно защитил докторскую диссертацию по сосудистой урологии.

Вскоре администрация Института урологии и нефрологии рекомендовала его доцентом на кафедру урологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л.Шупика.

Значение нашей работы в сосудистой урологии состоит в том, что мы впервые подготовили среди урологов специалистов по сосудистой урологии и создали в институте первое в стране отделение сосудистой урологии. Внедрили ангиографические исследования сосуди-

стого русла почек на аппарате «Ангиотрон» с компьютерной приставкой, позволившей многократно изучать нужный участок сосудистого русла почек.

В отличие от сосудистых хирургов, мы изучали не только проходимость почечной артерии после операции, а всесторонне исследовали функцию почек и уродинамику. Наши урологи овладели транс-аортальной интимэктомией и спленоренальным анастомозом.

В практику были внедрены пластические операции на почечных артериях, аутоотрансплантация почки при поражениях почечных артерий и мочеточников. Мы выполняли экстракорпоральные операции на почках при коралловидных камнях. Разработали и внедрили в практику венозные анастомозы при варикоцеле, где у нас было подозрение, что операция Иванисевича может усилить венозный стаз в паренхиме почки.

Научный фильм

Во время сдачи годовых отчетов по законченным научным работам в отделе науки МЗ Украины директоров институтов журили и записывали как недостаток отсутствие научно-учебных фильмов. Замечание было справедливым, хотя в смете на научную работу деньги на это не были предусмотрены.

Короткометражные фильмы мы снимали, пользуясь личными связями с сотрудниками киностудии им. А.Довженко. В основном производили съемки операций.

Министерство здравоохранения учло просьбы директоров институтов и в последующем предусмотрело средства для создания научных фильмов. Это значительно облегчило дело и повысило интерес сотрудников к созданию научных фильмов.

В институте мы обсудили ряд научных тем. Выяснилось, что в наибольшей степени мы готовы к созданию фильма «Рак мочевого пузыря».

Связались с киностудией «Укрнаучфильм». В те годы на этой киностудии создавались интересные научно-популярные фильмы. В институт приехал режиссер Чепель. Обсудили тему фильма. Осмотром мест, где будут проведены съемки, он остался доволен. Просил подготовить окончательный сценарий для общего обсуждения и всего того, что потребуется во время съемок.

Просьбы были выполнены.

В тот же день мы заключили с киностудией типовой договор.

«Студия (Исполнитель) берет на себя обязательство снять 10-минутный фильм под названием «Рак мочевого пузыря».

Институт (Заказчик) обязуется в срок перечислить на банковский счет студии 10 000 руб., помогать студии подготовить окончательный сценарий, создать условия для съемок в операционной, лабораториях, рентгенкабинетах и палатах, участвовать в монтаже и озвучивании фильма.

В титрах фильма будет указано, где выполнялся фильм и по чьему заказу».

Сотрудники киностудии настаивали на перечислении всей суммы сразу. Их настойчивость меня насторожила. Я категорически настоял на перечислении 50% в качестве аванса, остальные 50% — будут перечислены после получения фильма.

Срок исполнения договора — 1,5 месяца.

Съемки фильма в операционной прошли без проблем, и, как потом оказалось, довольно качественно. Правда, рентгенограммы и морфологические препараты пришлось переснимать.

Монтаж фильма проходил с нашим участием. Пришлось устранить повторы, длинноты, а также кадры, не несущие информации непосредственно по теме фильма.

Через некоторое время меня пригласили в студию для озвучивания фильма — медицинские тексты им трудно давались. Я поехал со своими сотрудниками, чтобы лишний раз убедиться, что монтаж фильма сделан квалифицированно. Взгляд «со стороны» всегда полезен. Дополнительные замечания по фильму были устранимы, поэтому в тот же день мы приступили к его озвучиванию. К моему удивлению, это оказалось не так просто и заняло довольно много времени. Сложность заключалась в том, что звук (речь) нужно было точно «наложить» на видеоряд. Приходилось повторять одно и то же по несколько раз, пока текст и видеоряд не совпадали точно по времени. Фильм фактически закончен. Осталась небольшая техническая работа.

Нам сообщили, что через неделю фильм будет готов полностью.

Бухгалтерия института перечислила оставшиеся 50% стоимости фильма, выписала доверенность и послала снабженца получить фильм.

Несмотря на выплату всех 10 000 руб., фильм представитель института не получил. Из телефонного разговора с режиссером я не понял, почему снятый по нашему заказу и оплаченный институтом фильм агент снабжения не смог получить.

Пришлось поехать на студию. Ранее очень любезный режиссер стал совсем другим, официальным человеком, с металлом в голосе. Любезность ему нужна была до получения заказа и денег. Теперь деньги ими получены, можно быть официальным человеком с металлом в голосе.

Я тоже стал официальным заказчиком.

От режиссера узнал, что копию фильма они нам выдать не могут.

— !?

Он пояснил, что правило таково: студия снимает научный фильм. Сдает его в кинопрокат. Для демонстрации фильма в институте мы должны обратиться в кинопрокат. За однократную демонстрацию фильма институт должен платить кинопрокату 12 руб.

— За что же мы заплатили 10 000 руб.?

— За работу над фильмом. Фильм мы сделали. В дальнейшем имейте дело с кинопрокатом.

— Позвольте, — говорю я. — Вот договор, который мы с вами заключили. Где в нем речь о кинопрокате? Если бы вы нам об этом сказали при составлении договора, я бы с вами не заключал никаких сделок.

— Потому и не сказали.

— Это же обман...

— Считайте, как хотите.

— Я правильно вас понял, вы не хотите выдать оплаченный институтом фильм?

— Вы меня поняли неправильно: фильм, оплаченный вами, мы вам выдать не можем.

Дальнейший разговор с режиссером не имел смысла. Он выполнял какие-то служебные инструкции.

Я пошел к директору студии. Он молча меня выслушал и подтвердил: фильмы, снятые студией, передаются в кинопрокат. Все дальнейшие дела, связанные с демонстрацией фильма в институте, на конференциях, мы должны вести с кинопрокатом, как сказал режиссер.

— Почему же все это не было оговорено в договоре? Вот ваш типовой договор. В нем речи нет о кинопрокате.

— Наше учреждение коммерческое. Тут свои законы, правила и тайны...

— ... которые граничат с обманом заказчика.

— Если хотите, да.

— Представьте себе такую ситуацию, — говорю директору студии. — Вы пришли в ателье. Заказали костюм. Заплатили деньги. Вам пошили костюм. Вы его примеряли. Все хорошо. Заверните костюм.

А вам говорят — ателье костюм вам выдать не может. Мы сдадим его в магазин «Вещи на прокат». В нем и берите костюм на прокат, за отдельную плату, когда он вам будет нужен.

— Ваш пример имеет некоторые отличия от той ситуации, в которой находимся мы с вами.

— В чем же они состоят?

— В деньгах. За костюм выкладывают свои, лично заработанные деньги. За фильм вы перечислили государственные деньги. Фильм стал собственностью государственного учреждения — кинопроката.

— Как же мне быть с ревизорами КРУ? Они проверят: 10 000 руб. получил? Получил. Договор на фильм есть? Есть. Представьте фильм. Что мне им показать? Вы же мне даже никакого оправдательного документа не даете.

— У нас нет такого права.

— Значит, вы меня сознательно подставляете под удар Контрольно-ревизионной комиссии и Народного контроля всех уровней.

— Это не наши заботы.

— Это понятно. Мне придется выкручиваться самому. Теперь еще вопрос. На что вы потратили 10 000 руб., перечисленные институтом на ваш счет?

— Как на что? На съемку фильма.

— Конкретнее скажите, вернее, поясните.

— Фильм вы видели? Видели. Вот за него студия получила ваши деньги.

— Скажите, оператору вы деньги заплатили?

— Заплатили.

— Осветителю заплатили?

— Заплатили.

— Монтажнику заплатили?

— Всем заплатили.

— Всем? Я и мои сотрудники участвовали в разработке сценария, монтаже фильма, оценке отснятых эпизодов, озвучивании его, значит, нам полагается оплата?

— Вам — нет.

— Почему?

— Вы не сотрудники киностудии.

— Однако без нашего участия вы фильм не могли бы снять. То есть вы знали, что сотрудников института вы будете привлекать к работе над фильмом — в операционной, рентгенкабинете, в палате, при монтаже фильма и озвучивании... Почему этого не было в договоре? Почему это не было обусловлено денежным вознаграждением?

— Это привело бы к удорожанию фильма.

— Это так, но было бы честно, если бы вы сказали, что помощь сотрудников института осуществляется на общественных началах (тогда это модно было). А так вы пошли на сознательный обман сотрудников. Мало того, что вы не оплатили наш труд. Бог с ним. Мы на это не рассчитывали. Но вы еще лишаете нас права на экземпляр копии фильма, который нами был профинансирован и снят с помощью наших сотрудников.

Мы имеем дело с медицинскими издательствами. Весь тираж книг издательство отправляет в торговую сеть, но авторам они выдают бесплатно по 5 экземпляров книг. Это правильно и логично. Отдавайте в кинопрокат положенное им количество экземпляров фильма, но наш — отдайте нам. Вы же не хотите отдать нам наш экземпляр фильма. Это возмутительно.

— Как же нам с вами быть? — задаю очередной вопрос.

Молчание.

Молчит директор. Молчит режиссер.

— Без фильма я от вас не уеду или вынужден буду обратиться в суд. Оснований достаточно.

Опять молчание.

— Как же все-таки нам с вами быть? — повторяю я вопрос.

— Дайте подумать.

— Думайте.

— Я прошу вас подождать в приемной, пока мы с режиссером будем думать.

— Согласно договору, мы с вами пользуемся одинаковыми правами. Поэтому из кабинета я никуда не уйду, пока не получу утвердительного ответа, — достаточно твердо сказал я.

Директор и режиссер не совещались. Хозяин кабинета объявил:

— Через неделю вы получите копию фильма.

— Хорошо, — сказал я. — Но на всякий случай поручу юристу института готовить документы в суд.

Фильм мы получили.

ГОВОРЯТ СТЕНЫ ОПЕРАЦИОННОЙ

В жизни хирурга операционная занимает особое место. У больного она вызывает смешанное чувство страха и надежды.

Если бы стены операционных могли говорить, мы бы услышали много историй, полных драматизма, переживаний, горя, разочарований, стресса, счастья, восхищения и надежд...

Я знал хирургов пожилого возраста, которые мечтали завершить хирургическую карьеру и свою жизнь в один день, за операционным столом. Профессору Дмитрию Ивановичу Криницкому из Киевского института усовершенствования врачей хватило сил закончить операцию, дойти до кабинета, где он внезапно умер.

Стены операционной могли бы рассказать, как возникает идея пионерной операции, которая прославляет хирургию и ее авторов; как начинающие хирурги со священным трепетом переступают порог операционной, и впоследствии достигают вершин хирургического мастерства; как неудачи за операционным столом перечеркивают хирургическую карьеру и не только начинающих хирургов; как хирурги, сконцентрировав воедино волю и мастерство, устраняли смертельные осложнения, возникавшие во время операций; как хирурги выполняли ювелирнейшие операции на жизненно важных органах, требовавшие высочайшей собранности и точности работы, от которых дух захватывало даже у тех хирургов, которые операцию наблюдали со стороны.

Стены операционной могли бы рассказать, как у хирургов после проведения сложнейших многочасовых операций спадало сверхчеловеческое напряжение, приходила радость победы и торжество профессионализма.

Стены операционной знают: хирурги думают всю жизнь ради короткого мгновения, но цена ему — жизнь человека!

Достоинства хирургов не следует ни преувеличивать, ни умалять.

Хирург оценивается операциями, которые он умеет выполнять, а также — которыми он не владеет.

У меня тоже есть свои операционные истории... Одни доставляли радость и гордость, другие — тяжелые переживания и многолетние угрызения совести. Но те и другие стимулировали хирургическую мысль, способствовали совершенствованию клинического мышления.

О некоторых из них хочу рассказать.

Две жизни

Я уже работал в Киеве. На улице меня окликнули. Оглядываюсь — Саша.

Это молодая женщина, у которой я с помощниками 18 мая 1968 года осуществил одновременно митральную комиссуротомию на высоте отека легких и кесарево сечение.

На мой вопрос, что она делает в Киеве, ответила: учится в заочной аспирантуре.

— А Вита как? — это дочь, которая так тяжело ей досталась.

— Растет, ей уже 3,5 года.

Выяснилось, что Саша чувствует себя хорошо, приехала к научному руководителю на консультацию.

В то время это была редкая операция. Мне было известно, что в 1954 году два выдающихся американских хирурга Кули и М.Де Беки (в 1996 году Де Беки приезжал консультировать Б.Н.Ельцына перед операцией на сердце) сообщили о митральной комиссуротомии, произведенной женщине на 9-м месяце беременности. В 1967 году В.Н.Красномовец впервые в отечественной печати опубликовала наблюдение одновременной митральной комиссуротомии и кесарева сечения: мать выздоровела, ребенок умер. Л.В.Ванина на заседании Московского кардиологического общества 19 марта 1969 года сообщила, что хирург Н.М.Генин выполнил две аналогичные операции. После одной операции жива мать, после другой — ребенок.

В нашем наблюдении остались живы и мать, и ребенок. Более того, мать настолько хорошо себя чувствует, что через два года поступила в заочную аспирантуру.

Узнав, что Саша в Киеве будет около месяца, я, получив ее согласие, продемонстрировал ее на заседании научного хирургического общества г.Киева. В то время я отошел от сердечной хирургии, но

наблюдение было настолько редким и интересным, что я не мог не показать его хирургам.

Я не буду подробно описывать больную в возрасте 30-ти лет со стенозом митрального клапана, которая на 32-й неделе беременности поступила в Донецкую акушерскую клинику для сохранения беременности. Акушеры, кардиологи и реаниматологи исчерпали все консервативные средства, а состояние больной не улучшалось. В течение трех недель у нее возникло 3 острых отека легких, последний длился с небольшими перерывами двое суток. Этим и обусловлена необходимость проведения экстренного консилиума. В нем принимали участие: помимо меня доцент Я.М.Ландау (тот, что когда-то экзаменовал меня по акушерству), профессор М.И.Франкфурт (терапевт), Л.И.Мартыненко (кардиолог), П.П.Сорока (акушер), А.М.Тарнопольский (анестезиолог). Заслушав историю болезни, изучив анализы, члены консилиума не торопятся высказаться. Ситуация сложная и в нашей практике встречается впервые, речь идет о двух жизнях — матери и ребенка — при осложненном стенозе митрального клапана и беременности.

— Надо оперировать, — это говорит Л.И.Мартыненко, кардиолог, которая работает со мной более 10-ти лет. — Вначале митральную комиссуротомию и, не выводя больную из наркоза, кесарево сечение.

— Это космос, — не выдержал доцент Я.М.Ландау, — в таком консилиуме я не желаю участвовать. — Поднялся и ушел. Побоялся ответственности.

На остальных участников консилиума высказывание Я.М.Ландау действовало отрицательно. Ответственность их возросла. Плохой исход лечения давал основание доценту Я.М.Ландау сказать: я же говорил...

Опять молчание. Я был убежден: надо оперировать. Без риска и принятия ответственности на себя не обойтись. Некоторое время назад в этой акушерской клинике умерла подобная больная в возрасте 24-х лет без операции. Я присутствовал во время патологоанатомического исследования. Видел: легкие потеряли воздушность, были консистенции печени, дышать не могли. Это же ждет Сашу, если упустим время.

Я высказался за выполнение операции в такой последовательности: митральная комиссуротомия — кесарево сечение — реанимация ребенка (он будет под наркозом и релаксантами, которые, возможно, привели к смерти детей в ранее описанных наблюдениях).

Родственники на операцию согласны. Они видели состояние роженицы и понимали, что с операцией медлить нельзя, это последний шанс.

Началась интенсивная предоперационная подготовка. Были составлены 4 бригады: бригаду кардиохирургов возглавил я, акушеров — П.П.Сорока, анестезиологов-реаниматологов — А.М.Тарнопольский, микропедиатров — Н.И.Вардимиади.

Утром накануне операции еще раз проинструктированы все члены бригад: кто чем должен заниматься. Подготовлены все инструменты, лекарственные средства, растворы, все в операционной было на месте. Всё проверено. Всё готово. Все готовы. Можно завозить больную в операционную. Наладили инфузионную терапию. Подключили электрокардиограф — работа сердца контролируется кардиологом. Интубация трахеи проведена быстро и без осложнений. На операционном столе у больной возник отек легких. Ингаляции спирта и медикаменты не помогают. Гипоксия усугубляется. Опасность операции возрастает. Принимаю решение оперировать, невзирая на отек легких. Грудная клетка вскрыта. Рассекаю сердечную сорочку. На наше счастье, анатомия сердца оказалась хорошей. Ушко левого предсердия достаточной величины.

Далее все этапы операции я оглашаю вслух — для информации всех участников операции.

— Накладываю зажим Сатинского на ушко левого предсердия.

— Отсекаю его верхушку.

— Накладываю швы: П-образный шов на верхушку сердца, концы захватываю в турникет.

— Рассекаю мышцу сердца.

— Снимаю зажим Сатинского и ввожу палец в полость сердца.

Диагноз правильный: стеноз длиной 8 мм.

— Ввожу в сердце дилататор Дюбо, а затем в отверстие митрального клапана.

— Угроза остановки сердца! — это говорит Лидия Ивановна Мартыненко, наблюдавшая за ходом операции на кардиографе.

— Дилатация! Отверстие митрального клапана расширено до 40—45 мм, то есть до нормы.

— Дилататор из сердца удален.

Главное сделано! Кровообращение восстановлено! Сердце работает! Больная розовеет!

— Отек легких начал заметно уменьшаться, — это сообщает анестезиолог.

Отложений извести на створках клапана нет, створки смыкаются. Это хорошо ощущает мой палец, находящийся в сердце. Обратный ток крови при сокращении левого желудочка не определяется. Извлек палец из левого предсердия. На основание ушка наложен

зажим Сатинского. Под ним ушко перевязано шелковой лигатурой. На разрез левого желудочка сердца наложены два шва шелковой нитью. П-образный гемостатический шов снят. Кровотечения нет. Левое легкое расправляется — это хороший признак. Кровопотеря небольшая — 320 мл. Она частично восполнена. Защит перикард. Санация левой плевральной полости. Грудная полость дренирована, операционная рана защищена. Операция длилась 640 секунд, внутрисердечные манипуляции — 6 секунд. Это составляющие успеха первого этапа операции.

Первый этап борьбы за жизнь Саши закончен. Теперь очередь за гинекологами. Мы, хирурги, отошли в сторону. Сашу уложили на спину. Сердце работает в прежнем ритме. Синюшность лица уменьшилась. Идет подготовка операционного поля для кесарева сечения. Вся гинекологическая бригада заняла свои места за операционным столом. Разрез кожи, разрез апоневроза живота и брюшины. Разрез передней стенки матки. Кровотечение. Из полости матки извлечены девочка и плацента.

Ребенок не дышит! Она под действием наркоза и релаксантов, которые вводили матери.

Микропедиатры начали массаж грудной стенки, искусственную вентиляцию легких, отсасывают слизь из трахеи — делают все методично, спокойно. Сказалась подготовка бригады. В какой-то момент личико новорожденной скривилось. Она чихнула и громко закричала. Я выкрикнул: «Ура!». Видимо, в этом возгласе была моя разрядка. Вокруг все заговорили, не слушая друг друга. Так бывает всегда, когда спадает напряжение. Ребенка забрали в родильное отделение. Саша переведена в реанимационное отделение. Первые пять суток были тяжелыми. Потом стало ясно, что она выживет.

Через два месяца Сашу с ребенком выписали из родильного отделения, где она находилась в отдельном боксе, под наблюдением акушера и кардиолога, а ребенок — под контролем педиатров.

Вот это редкое наблюдение я доложил на заседании Научного общества хирургов г. Киева. В заключение я сказал, что на такую сложную и рискованную операцию мы решились не столько из-за умения лечить стеноз митрального клапана хирургическим путем, сколько в силу безнадежного состояния больной. В благоприятном исходе операции важную роль сыграли как опыт хирургов, так и организация четырех бригад, которые имели свои конкретные задания и справились с ними блестяще. Было много вопросов мне и Саше. Были выступления — все хвалебные.

Саша сказала, что в ее жизни был момент, когда она смирилась с неизбежностью смерти: перестала бороться за жизнь, наступило безразличие. То, что произошло, она назвала воскресением. Теперь у нее и ее дочери есть свой Бог.

После заседания ко мне подошел профессор А.А.Федоровский. Он сказал, что никак не мог понять, почему в повестке дня заседания общества доложенное вами наблюдение исходит из института урологии. Теперь ясно — это ваше хирургическое прошлое. Наблюдение действительно чрезвычайно интересное и может сделать честь любому хирургу. Поздравляю.

Через 31 год, 3 июня 1999 года позвонила Саша и сообщила, что она и ее дочь чувствуют себя хорошо, что Вита уже дважды мама.

Это известие было мне очень кстати, поскольку как раз в это время в помощи нуждалось мое сердце — я лежал в кардиологии и медленно восстанавливался после инфаркта миокарда. Думаю, что этот звонок был посильным Сашиним вкладом в мое лечение. Положительные эмоции помогают выздоровлению.

Эмболия легочной артерии

В конце мая 1965 года в Москве проводился 28-й Всесоюзный съезд хирургов. В его программе значились: гнойная хирургическая инфекция, холецистопанкреатит, а также тромбоз и эмболия в хирургии и травматологии.

С такими проблемами мы встречались в клинике ежедневно. Не удивительно, что нам очень хотелось попасть на съезд.

Но приглашений у нас не было. Их прислали только «маститым», которые были избраны делегатами съезда.

Профессор Каро Томасович Овнатян решил взять с собой нескольких сотрудников. Мы надеялись, что в Москве все как-то утрясется.

Во время регистрации делегатов и гостей съезда пригласительных билетов получить не удалось. Не попали мы и на торжественное открытие съезда, которое проходило в Большом театре с большим концертом после официальной части.

Таких, как я, без пригласительных билетов, было не меньше, чем делегатов съезда. В толчее у входа в театр я поднял с пола значок съезда, правда, при этом меня сбили с ног и сильно помяли. Бесполезно потолкавшись около часа, мы с приятелями отправились в ресторан.

Нами была разработана беспроигрышная тактика. Рабочие заседания съезда проходили в Колонном зале дома Союзов. Мимо билетера проходили три делегата. Два из них отдавали свои мандаты третьему, который выходил к нам. Дальше все просто — мы проходили с мандатами и попадали в зал заседаний! На двух заседаниях эта тактика себя оправдала.

На третье заседание я опоздал. Значок на лацкане не дал мне возможности попасть на заседание. Ожидая в фойе кого-либо из знакомых, чтобы повторить вчерашний трюк, я обратил внимание на два обстоятельства: первое — делегаты в перерыве выходили на улицу в пиджаках, из верхнего кармана которых выглядывала полоска мандата красного цвета; второе — в фойе на столах лежали проспекты точно такого же цвета. Я решил из проспекта сделать «мандат». Вставил его в карман, как это делали делегаты. Значок у меня был. Беспрепятственно прошел мимо билетера и направился в зал заседаний.

Заседание уже шло. Зал полон. Мне удалось найти место почти в самом конце зала.

Обсуждались доклады, посвященные тромбозу и эмболии. Председательствовал на заседании академик Федор Григорьевич Углов. Он предоставил слово профессору Ф.Линдеру из Гейдельберга (ФРГ). Докладчик сообщил, что, если за 32 года после первой успешной операции удаления эмбола из легочной артерии, выполненной Киришнером в 1924 году, в мировой литературе сообщалось только о 12 таких операциях, то с 1962 по 1965 год, то есть за три года, в мире было выполнено 40 успешных операций эмболэктомии из легочной артерии. В это число входят две операции, выполненные автором. Источником эмбола, удаленного из легочной артерии, был флеботромбоз сосудов нижних конечностей.

С этого момента я не мог слушать доклад. В марте 1964 года я успешно удалил тромб из легочной артерии у больного в возрасте 64-х лет на 7-е сутки после резекции стенки мочевого пузыря по поводу опухоли. Больной жив.

Какая-то внутренняя сила заставила меня написать записку в президиум и попросить 3 минуты для изложения своего наблюдения. Записку я написал на голубой бумаге. Мне было видно, как она попала в руки академика Ф.Г.Углова. Он прочел ее. Передал рядом сидящему академику Б.В.Петровскому, они о чем-то переговорили.

Меня трясло, как в лихорадке. Мне с трудом удавалось продумывать слова своего сообщения. Понятно, — если дадут слово.

Выступили несколько человек. Вдруг слышу голос председательствующего академика Ф. Г. Углова:

— Слово предоставляется В.С.Карпенко из Донецка.

Я сидел далеко от трибуны. Мне пришлось трусцой бежать к сцене.

Стою на трибуне. Волнуюсь. Впервые выступаю на Всесоюзном съезде хирургов. Зал огромный. Делегатов много.

Сделал 3—4 глубоких вдоха. И начал свой рассказ. Не доклад. А рассказ о том, как я удалил эмбол из легочной артерии.

Все началось так. В коридоре клиники меня остановила медсестра. С тревогой в голосе она сообщила: в туалете упал больной. Ему очень плохо.

Я увидел синюющего больного в сумеречном сознании.

— Каталку, дыхание рот в рот, наружный массаж сердца! Срочно в операционную, — таковы были мои распоряжения персоналу.

Сам же я побежал в операционную. На наше счастье, в операционной бригада хирургов подготовилась к грыжесечению, но операция еще не началась. Больного ввели в операционную.

— Леонтий, оперируй! Эмболия легочной артерии, — говорю доценту клиники.

На лице Леонтия нерешительность. Взгляд растерянный...

Я понял: к операции он морально не готов. Время не ждет. Надо действовать! Беру инициативу на себя.

— Марина, — это операционной сестре, — йод на руки, халат, маску.

Больному внутривенно ввели тиопентал-натрия. Начали интубацию трахеи. Она не заладилась.

Дорога каждая секунда — в этом жизнь больного!

Не ожидая конца интубации, в пятом межреберье слева вскрыл грудную стенку. Широко рассек сердечную сорочку. Увидел, что правый желудочек расширяется наподобие футбольной камеры. Легочная артерия напряжена.

Я понял: седловидный эмбол в артерии! Диагноз правильный.

Между держалками рассекаю стенку легочной артерии. В разрез вожу наконечник отсоса. Вначале в банку текла темная кровь. Правый желудочек стал уменьшаться в объеме. Выделение крови в банку внезапно прекратилось. Медленно удалил наконечник отсоса из легочной артерии, и вместе с ним извлек присосавшийся к нему тромб длиной 21 см и диаметром 1 см.

Разрез легочной артерии временно закрыл пальцем. Кровотечения нет. Сердце сокращается аритмично. Артериальное давление

нестабильное. Кровообращение в легочной артерии восстанавливается.

— Больной розовеет, — сообщил анестезиолог. На мониторе деятельность сердца аритмичная.

Основное сделано!

Теперь нужно по возможности спокойно закончить операцию. Восполняется кровопотеря.

Тахикардия держится.

Артериальное давление стабилизируется. На разрез легочной артерии наложил непрерывный шов. Зашил сердечную сорочку. Расправили легкое. Дренировал плевральную полость по Бюлау. Защила операционная рана грудной стенки.

Операция закончена...

Больной жив. Приходит в сознание.

Анализируем сделанное.

С момента эмболии легочной артерии до начала операции прошло не более 3—3,5 минуты. Операция до удаления тромба из легочной артерии длилась 9 минут. Вся операция длилась 53 минуты.

Реанимационная терапия продолжается.

Спустя 4 часа после извлечения эмбола из легочной артерии у пациента появилась резкая боль в животе. Заподозрена эмболия сосудов брыжейки тонкой кишки. Внутривенно введены препараты, растворяющие тромбы. Боль в животе постепенно исчезла.

Спустя 4 часа начала нарастать сердечно-легочная слабость. Потребовалось выполнение трахеостомии и искусственная вентиляция легких.

На третьи сутки появились преходящие симптомы гемиплегии, которые исчезли после внутривенного введения фибринолизина.

Больной поправлялся медленно. Две недели возле него держали индивидуальный пост.

Через 3,5 месяца пациент выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Мой рассказ, произнесенный на одном дыхании, вдохновенно, наглядно воссоздал напряженную обстановку в операционной. Мое сообщение делегаты съезда встретили бурными аплодисментами.

Меня переполняла гордость. Радость. Хирургическое счастье. Когда я шел на свое место, многие делегаты пожимали мне руки.

Момент незабываемый...

В перерыве я встретил Леонида Николаевича Кузьменко. Это первая встреча после 1952 года. Он сказал:

— Выступление слышал. Поздравляю. Это успех.

Товарищи сообщили: шеф мною очень недоволен. Почему?..

Потом я понял. У него были основания быть мною недовольным.

Каро Томасович первым обратил внимание своих помощников на тромбэмболию легочной артерии как клиническую проблему. Он был инициатором ее изучения в клинике и принимал личное участие в разработке операции в секционной и в виварии на собаках. Я вместе с ним принимал участие в этой работе.

В клинике был случай, когда первую операцию мог сделать доцент Леонтий Григорьевич Завгородний. При эмболии легочной артерии он обнажил сердце, и, не прощупав тромб в легочной артерии, не решился ее вскрыть. При патологоанатомическом исследовании диагноз эмболии легочной артерии подтвердился.

Каро Томасович на меня сердился потому, что я не сказал: операция сделана в Донецке в клинике профессора К.Т. Овнатаняна. Он прав... Я должен был сказать это на съезде. Позже он понял: мое выступление было экспромтом, неожиданным. Специально к нему я не готовился. Мысль сообщить наше наблюдение созрела мгновенно, в связи с выступлением немецкого хирурга. Он понимал, что из-за волнения я рассказал только об операции, но упустил то, что обязательно сказал бы при нормальной подготовке сообщения.

Поэтому он простил меня за упущение в выступлении, и гордился тем, что первая эмболэктомия в Советском Союзе была сделана в его клинике его учеником.

В 1967 году в журнале «Грудная хирургия» появилась статья о лечении эмболии легочной артерии профессора Н.Н. Малиновского и соавторов, в которой они писали, что успешную эмболэктомию из легочной артерии они сделали впервые в Советском Союзе в 1966 году. Мы же сделали свою операцию 11 марта 1964 года и озвучили ее 27 мая 1965 года на 28-м Всесоюзном съезде хирургов, на котором, кстати сказать, профессор Н.Н. Малиновский, как и я, выступал в прениях.

Мой приоритет в успешном выполнении операции удаления эмбола из легочной артерии в СССР подтвердил академик Б.В. Петровский в статье «Эмболия легочной артерии» (журнал «Хирургия», 1975. № 5. С. 37) следующей цитатой: «Об удачной эмболэктомии при эмболии легочной артерии, развившейся у пациента 62 лет после удаления опухоли мочевого пузыря, сообщил В.С. Карпенко в 1965 году. В нашем институте (то есть в институте Б.В. Петровского) в 1966 году выполнены две успешные эмболэктомии из легочной артерии Н.Н. Малиновским и М.Е. Жадкевичем».

Сложность и особенность выполненной нами эмболэктомии состояла в том, что она сделана в считанные минуты на работающем сердце.

В последующие годы, по мере изучения проблем эмболии были разработаны меры профилактики эмболии легочной артерии. В урологической практике применение целенаправленных профилактических мер способствовало сокращению частоты смертельного осложнения, каким весьма нередко являлась эмболия легочной артерии.

Остановка сердца

Профессор В.В. Суслов представил мне молодого человека в солдатской форме.

— Узнаете?

— Нет, не узнаю.

— Это Царук.

— Царук?!

— Так точно. Царук, — отрапортовал он по-военному. — Отслужил в армии. Еду домой. Проездом в Киеве. Решил зайти к вам.

— Как чувствуешь себя?

— Отлично.

С интересом смотрю на красивого, крепкого молодого человека, возмужавшего после службы в армии. Прошло много лет, а переживания во время его операции помнятся в деталях.

Весной 1977 года в институт поступил мальчик в возрасте 7 лет с диагнозом «почечная гипертензия». Он многократно лечился в больницах по месту жительства, в институтах и клиниках Киева. С диагнозом «гипертоническая болезнь» его выписывали, назначив консервативное лечение. Лекарственные средства ему не помогали.

В те годы мы начали активно заниматься лечением ренальной гипертензии. Часто выступали на конференциях с докладами на эту тему. Педиатры, исчерпав свои возможности, направили больного к нам.

При ангиографии почек выявлена опухоль надпочечника. По клиническим признакам она напоминала гормонозависимую феохромоцитому, что в дальнейшем подтвердилось при гистологическом исследовании.

Лечение таких опухолей только оперативное. Родители на предложенную операцию согласились. Во время проведения интенсивной предоперационной медикаментозной подготовки артериальное давление снизилось незначительно.

Ребенок взят в операционную. Подключен кардиограф. Проведена премедикация. Интубация трахеи и введение больного в наркоз прошли спокойно. По команде анестезиолога больного повернули на

правый бок, в положение, удобное для выполнения операции. Подготовили операционное поле. Операция начата. Разрезав кожу и подкожную основу, я обратил внимание, что кровеносные сосуды не кровоточат.

— Валентин, проверь сердце! Сосуды не кровоточат!

— Сердце остановилось! — Слышу в ответ. На экране кардиографа прямая линия.

— Начал наружный массаж сердца. Ввести в сердце адреналин и кальция глюконат! Готовьте дефибриллятор! — Это команды В.В.Сулова.

— Адреналин и кальция глюконат в сердце введены!

На экране кардиографа прямая линия — сердце не работает. Ручной наружный массаж сердца эффективный — на сонных артериях пульс определяется. Зрачки сужены и реагируют на свет.

— Дефибриллятор готов!

— Всем отойти от операционного стола!

Дефибрилляция!

Детское тело вздрогнуло и подскочило на операционном столе. Картина жуткая.

Сердце не заработало... На экране — прямая линия. Ручной массаж продолжается — он эффективен.

В.В.Сулов говорит мне:

— Продолжайте операцию — без удаления опухоли реанимация будет неэффективной.

С опытными помощниками опухоль удалили за 3 минуты! Обычно уходит минут 40—45. Через тонкую диафрагму ребенка ощущаю сердце. Оно не сокращается — шарообразный комок. Начинаю ручной массаж сердца через диафрагму. Он эффективен: зрачки узкие, реагируют на свет, на сонных артериях определяется отчетливая пульсация.

Повторное введение лекарств в сердце...

Кончиками пальцев ощущаю слабые подергивания отдельных волокон сердечной мышцы — фибрилляция сердца. Это обнадеживает — мышца сердца оживает.

Всем отойти от стола — повторная электрическая дефибрилляция сердца.

Тело ребенка вздрогнуло и подскочило на операционном столе.

После повторной дефибрилляции восстановился синусовый ритм сердца, но работа его неустойчива — артериальное давление низкое. Продолжаю ручной поддерживающий массаж сердца через диафрагму. Пальцами чувствую частые вялые сокращения сердца. В такт

сокращениям сдавливаю левый желудочек. На экране кардиографа частые сокращения. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст.

Для уменьшения гипоксии мозга голову больного обложили кусочками льда в целлофановом мешочке.

На 30-й минуте, после восстановления ритма сердца, зашита операционная рана. Наружный массаж сердца производится непрерывно.

На 48-й минуте сердце внезапно остановилось. Повторили внутрисердечное введение лекарств и дефибрилляцию.

Деятельность сердца восстановилась. Наружный ручной массаж сердца продолжается.

На 136-й минуте от начала операции третья остановка сердца. Лекарственная инъекция лекарств в сердце. Три последовательные дефибрилляции. Сердце заработало!

Проходит 40 минут — сердце работает.

Проходит 60 минут — сердце работает, артериальное давление 90/60 мм рт.ст.

Проходит 3 часа — сердце работает, ритм синусовый, тахикардия, артериальное давление стабильное. Наружный массаж сердца — непрерывный.

От больного не отходим. Пытаемся выяснить, сколько же сердце не работало. Момент остановки сердца просмотрели.

Судя по наркозной карте, по динамике артериального давления, сердце не работало 2 — максимум 2,5 минуты. Если наши предположения верны, гибель мозга не наступила. Есть надежда, что все может обойтись благополучно. Опасна остановка сердца на 4 минуты и более — после этого наступает гибель мозга.

Общее зарегистрированное время остановки сердца — 5 часов 40 минут. Наружный массаж сердца был эффективным и длился 8 часов 10 минут.

Для восстановления работы сердца потребовалось многократное введение препаратов внутрисердечно и 6 дефибрилляций, причем три из них — последовательно, одна за другой.

Через 8 часов появилось спонтанное дыхание. В сознание больной не пришел. Утром пациент переведен на самостоятельное дыхание. Артериальное давление удерживалось на нижней границе нормы, пульс 90—100 в минуту. Зрачки сужены, реагируют на свет. Ребенок в контакт вступает с трудом. Иногда казалось, что он вот-вот заговорит, но этого не случилось. Мы стали сомневаться, что остановка сердца длилась 2—2,5 минуты, наверное, больше.

За ребенком установлено индивидуальное круглосуточное наблюдение. Фиксируются все детали послеоперационного периода, искусственное кормление, выполнение всех медикаментозных назначений и процедур. Все выполняется точно и безукоризненно.

Нужно бы строго спросить с анестезиологов за просмотренную остановку сердца. Ошибка чуть не стоила жизни пациенту. Знают же, что при артериальной гипертензии при перемене положения тела на операционном столе во время наркоза возникает нарушение ритма сердца, вплоть до полной остановки. Знали и пропустили момент остановки. Заслуживают порицания. Но глядя на их слаженную профессиональную работу, которая продолжается уже много часов, разговор решил перенести на другое время. Они все поняли сами. Им трудно. Стараются исправить свою ошибку.

Все разрешилось внезапно!

На 6-е сутки после операции Саша повернул голову к соседу по палате и членораздельно сказал: — Давай сыграем в шахматы!

В результате профессионального и четкого взаимодействия хирургов и анестезиологов-реаниматологов удалось избежать функциональных и органических изменений центральной нервной системы.

В послеоперационный период не наблюдали сердечно-сосудистой недостаточности в приспособлении организма к нормальному артериальному давлению.

Через 28 суток пациент выписан. В течение нескольких лет он находился под нашим наблюдением. Физически развивался нормально. Не отставал от сверстников в учебе, отслужил в армии. И вот очередной визит в институт...

И так бывает...

В 4-м Главном управлении Минздрава Украины работали квалифицированные специалисты. Консультантов они приглашали к ответственным пациентам или особо сложным больным, что видно из нескольких приведенных ниже наблюдений.

Одна из первых операций, сделанных мною в больнице 4-го Главного управления, осуществлена секретарю обкома Компартии Украины одной из пограничных западных областей.

После правосторонней почечной колики у него камень застрял в средней трети правого мочеточника. Размеры камня и диаметр мочеточника позволяли надеяться на его самопроизвольное отхожде-

ние. Больному назначено консервативное лечение, но камень не двинулся по направлению к мочевому пузырю.

Больной просил сделать все, но только не операцию. Персонал старается, но камень не двигается с места. Удалить камень петлей опасно, он находится в поясничном отделе мочеточника. Во время тракции камня можно порвать стенку мочеточника. Такие случаи были. Они заканчивались мочевыми затеками и удалением почки. Стало быть, тракция камня отпадает.

Спустя неделю меня приглашает главный врач. Состоялся следующий разговор. «Вверху» считают: первое лицо пограничной области должно быть на рабочем месте. Предложили ускорить лечение.

— Тогда только операция, — сказал я.

— Так и доложу.

Об операции больной узнал от администрации больницы и воспринял эту весть весьма отрицательно. Но «вверх» есть «вверх», против него не попрешь. Значит, операция. Негативное отношение больного к операции — плохой признак. Он как бы предрасполагает к сложностям.

Операция прошла гладко, без кровопотери, камень удален через разрез мочеточника, рана его стенки зашита. Больной своевременно проснулся от наркоза; самостоятельно дышит. Деятельность сердца ритмичная, артериальное давление нормальное, держится на дооперационном уровне.

Больной переведен в палату в хорошем состоянии. Во время операции присутствовала главный врач. О результатах операции ей нужно доложить «наверх», что она и сделала, как только больного перевели в палату.

В этот день я закончил свою работу в Минздраве. После Минздрава я обычно возвращался домой пешком. Целый день об оперированном больном и операции ни разу не вспомнил, может быть потому, что она прошла совершенно гладко.

По дороге домой у меня возникло какое-то неясное беспокойство, как мне казалось, без причин. Чем ближе я подходил к Крещатику, тем больше душевная тревога усиливалась.

В те годы стационар 4-го Главного управления находился на улице Пушкинской, 22, то есть почти по дороге домой.

Думаю, дай найду, посмотрю оперированного больного.

Зашел в палату, больного было трудно узнать. Бледность всего лица и тела. Пульс нитевидный. Тоны сердца глухие. Давление низкое. В отделении сохранилась кровь, приготовленная для операции, но за ненадобностью мы ее не перелили. Первая мысль — кровотечение. Начали переливать кровь струйно. Срочно доставили еще литр

крови. Перелили еще 500 мл крови, улучшились пульс и давление, оставались низкими содержание гемоглобина и количество эритроцитов. Переливание крови продолжается. Причина кровотечения неясна. С крупными кровеносными сосудами во время операции контакта не было. После операции мочи было не более 50 мл. По дренажу из раны кровотечения нет. Повязка кровью не промокла. Живот мягкий, безболезненный. В правой половине живота напряжение и инфильтрат не определяются. Переливание крови продолжается. Больной порозовел. Кровяное давление достигло нормальных цифр, удерживается. Тахикардия сохраняется.

Приехали заведующий отделением и главный врач. По деталям обсуждаем ход операции. Не в ней причина. Так в чем же? Кровотечение налицо!

Главный врач предложила пригласить на консультацию профессоров А.А.Шалимова и А.И.Трещинского. Они также изучили все, что произошло с больным от начала операции. Пришли в ординаторскую. Обсуждаем различные варианты. Теперь можно обдумать. После переливания литра крови работа сердца нормализовалась, артериальное давление удерживается на нормальных цифрах.

Больной нормально дышит. Жалоб и боли нет. Дремлет. Уровень гемоглобина повысился. Увеличилось и количество эритроцитов.

Что же случилось с больным? Обдумываем разные варианты. Профессор А.А.Шалимов склонен думать, что после операции возникло кровотечение в забрюшинное пространство, туда запросто может излиться литр крови. Профессор А.И.Трещинский сомневается в таком массивном кровотечении в рану: нет деформации поясничной области и из дренированной раны кровь не поступает. Дренаж уже неоднократно промывали, думали, забился сгустком крови.

Время идет. Мы сидим. Наблюдаем за больным. Измеряем давление, пульс, частоту дыхания. Все показатели стабильные. Кровь продолжаем вливать в вену редкой каплей.

Время приближается к полуночи.

Может, острая сердечная слабость? Нет, скорее кровотечение — содержание гемоглобина и эритроцитов снижались.

В это время заходит санитарка:

— У больного обильный стул, — и показывает пеленку с черным калом.

Ясно! Острое желудочное кровотечение!

В анамнезе указаний на язвенную болезнь желудка у пациента не было. Его не обследовали. Когда же возникло желудочное кровотечение?

До операции беседовал и смотрел больного. В моем присутствии утром анестезиолог измерял давление крови. Оно было нормальным.

После операции и в палате мы вместе с анестезиологом осмотрели больного: частота и глубина дыхания нормальные, кровяное давление, измеренное в конце операции и в палате, нормальное, пульс 76 в минуту.

После операции я уехал в институт.

Консилиум в составе всех присутствующих сделал заключение: у больного острая стрессовая язва двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся профузным кровотечением.

Назначили лечение. Дополнительно проинструктировали дежурный персонал. Все разъехались домой.

Я пошел пешком. Хотелось развеяться. Напряжение было колоссальным. Не зря мне в душу закралась тревога! Так вот почему меня потянуло к оперированному больному! Как объяснить предчувствие и тревогу, которые овладели мною сильно и сразу! Экстремальная ситуация заставила мозг работать быстро и точно. Обстановка была оценена правильно, а экстренная терапия начата без промедления.

Первую неделю больной был в тяжелом состоянии — сказалось кровотечение. На заживление операционной раны это не повлияло. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Как выяснилось потом, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у больного раньше не было. Значит, возникла стрессовая язва, осложненная кровотечением. Стрессовые язвы часто наблюдались у англичан в 1940 году, когда немцы непрерывно бомбили Лондон и Ковентри. У нашего пациента причиной стресса могло быть негативное отношение к операции.

Предчувствие...

И еще о предчувствии... Я уже писал о том, что у солдат иногда накануне боя возникало необъяснимое беспокойство, предчувствие беды. Действительно, некоторые из них были ранены, другие — убиты.

В мирное время у больных также возникает предчувствие беды, неудачного исхода операции. Приведу одно запомнившееся наблюдение.

Я консультировал пациента академика-математика. У него была аденома предстательной железы, не очень запущенная. Показания к операции абсолютные. Пациенту было 63 года. Он был достаточно крепким человеком.

От операции он отказался под предлогом необходимости оформления монографии и подачи рукописи в издательство. На мое замечание, что рукопись подождет, он мне ответил:

— Пусть она лучше ждет в издательстве.

Через полтора месяца академик явился на операцию. Удаление аденомы прошло спокойно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Удалены дренажи из пузыря. На 8-е сутки после операции пациент встал с постели и внезапно умер от эмболии легочного ствола.

Когда мне сообщили о его внезапной смерти, я вспомнил, как он неохотно соглашался на операцию, как искал повод отложить ее, как стремился закончить рукопись книги и отдать ее в печать. Неужели он чувствовал роковой исход болезни? И это подтолкнуло его закончить и оформить до операции результаты своего труда. Неужели все это проходило подсознательно?

Еще много загадок, которых медики не знают.

А стены операционных, может быть и знают разгадки, но молчат.

Не поверил бы...

Не скрою, если бы мне кто-то рассказал историю, о которой пойдет речь ниже, я бы, скорее всего, не поверил... Но то, что написано ниже, было, и я как врач был ее участником.

Нас, школьных товарищей, в живых остались единицы. Одни остались на полях сражений, другие — болели и ушли из жизни, третьи пока живут. В Киеве живет один из них. У него появилась почечная колика. Вызывали «скорую помощь», которая отвозила его в дежурную больницу, а в последнее время — в Киевскую городскую клиническую больницу скорой помощи, что на левом берегу. Живет же он рядом с институтом. Он попросил меня госпитализировать его в институт в случае повторения приступов почечной колики. Разумеется, я разрешил и даже написал справку, разрешающую «скорой медицинской помощи» доставлять больного в институт с приступом почечной колики. Такая справка требовалась потому, что институт не дежурит по неотложной помощи по городу.

Во время очередного приступа почечной колики моего товарища ночью госпитализировали в институт.

Утром навестил его. Все повторилось как всегда, сказал он: острая боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание, температура тела не повышалась. Утром появился черный стул, чего раньше не наблюдал. Рвоты не было. Отмечено головокружение.

Черный стул — симптом желудочного кровотечения. Пациенту 64 года. Язва желудка? Скорее, рак. Надо изучить. Ему провели рентгеноскопию и рентгенографию желудка.

Рентгенолог Владимир Иванович Плеганский заходит ко мне со снимками. Я рассматриваю рентгенограммы. Он добавляет: свободны только вход и выход из желудка, тело поражено опухолью на всем протяжении.

Откровенно говоря, я не поверил рентгенологу. Подумал: наши рентгенологи специализируются на урологических заболеваниях. Да, но снимки убедительные — рак!

После обеда я навестил товарища. Речь зашла о жизни. Его мама, Ксения Филипповна, постарела, болеет, почти не поднимается с постели. Ей уже за 90 лет. Все домашние заботы легли на моего товарища. Он ужасно устает. Все время хочется лечь и заснуть. Но это не всегда удается — нужна помощь маме. Живут они вдвоем. Сестра живет отдельно, старше моего приятеля. На улицу не выходит, ей также нужна помощь, поэтому он ходит на базар и в магазины за продуктами для себя и сестры. Словом, устает неимоверно. А тут еще аппетит ухудшился, появилось головокружение. Полгода, как мама умерла. Думал, станет легче. Так нет, усталость одолевает.

Соображаю: клинически рак желудка. Симптомы типичные. Поражен весь желудок, значит, болезнь запущена. За повседневными заботами не обратился вовремя к врачу. К сожалению, так часто бывает. Пил какие-то травяные настои для аппетита, не помогло.

Договорился с профессором С.А.Шалимовым провести контрольное обследование своего товарища в Институте клинической и экспериментальной хирургии.

Исследование начали с гастроскопии и биопсии, затем повторили рентгеноскопию и рентгенографию желудка. Все три исследования подтвердили диагноз: рак тела желудка. Боль в левой поясничной области профессор С.А.Шалимов объяснил прорастанием опухоли в забрюшинное пространство и область почки.

Операцию предлагать нецелесообразно: гастрэктомия пожилой анемичной больной не перенесет. Лучше оставить все как есть. Пациенту сказали, что у него язва желудка, осложнившаяся кровотечением, назначили препараты железа и симптоматическую терапию. Племяннице-врачу, приехавшей из Донбасса, я рассказал все как есть.

Больной выписан из института. Жил привычной жизнью. Три раза в неделю ездил в сад обрабатывать фруктовые деревья и грядки с овощами. Любил и умел делать эту работу. Он очень умный, наблюдательный человек и жизнелюб. Много читает, слушает музы-

ку — это его хобби. Собирает в саду какие-то травы, делает настой и пьет — лечит язву. Соблюдает диету — пищу готовит себе сам...

Проходит год — пациенту лучше...

Проходит два года — чувствует себя удовлетворительно, ведет привычный образ жизни. Каждую неделю бывает и работает в саду.

А годы идут — три, четыре, пять, шесть, семь... двенадцать, тринадцать лет! Он чувствует себя удовлетворительно, при встречах в разговоре не доминирует печаль, говорит, что делает все по дому, помогает сестре, принимает настои и отвары растений из своего сада, здоровье пошаливает, но не жалуется. Возраст — 77 лет.

Меня все время подмывает более детально расспросить о симптомах и предложить контрольное исследование. Но я опасаясь. Он может что-то заподозрить. Может нарушиться создавшееся равновесие.

Я решил: буду ждать, пока он сам попросит меня о контрольном исследовании.

Проходят годы — он не обращается с просьбой об обследовании. Я не предлагаю...

Прошло 13 лет! По всем правилам должна бы наступить развязка. Что, наступило самоизлечение рака желудка? Болезнь претерпела обратное развитие или замедлила свое течение?

Иногда я думаю, для экстрасенсов и различных магов он был бы бесподобным пациентом, если бы они пользовали его. Получилось бы, нетрадиционные методы лечения излечили его от рака желудка, в свое время подтвержденного тремя методами исследования, включая биопсию в двух научно-исследовательских институтах, обеспечили нормальное самочувствие и жизнь человека на столь продолжительный срок.

Нет, ничего я предлагать не буду. Пусть все идет как идет. Живи, мой друг, и занимайся тем, чем можешь. Мое профессиональное любопытство утомится.

Так вот, если бы мне все это рассказали, я не поверил бы. А так сам был свидетелем диагностики его болезни в период существования клинических симптомов. На протяжении 13 лет наблюдаю, встречаясь с ним, и вижу его в процессе труда в саду — мы с ним соседи по даче. Задаешь себе естественный вопрос: так излечим ли рак желудка? Даже в этом случае ответить нельзя, нужны контрольные исследования...

Иногда меня берет сомнение — а рак ли был у товарища. Ведь описаны доброкачественные образования слизистой оболочки желудка. Рентгенологи их могут принять за рак, гастроэнтерологи — тоже, но

биопсия из нескольких мест и опухолевидного образования подтвердила — аденокарцинома. Неужели все ошиблись? Не ошиблись...

Роковая развязка наступила через 16 лет после установления клинико-гистологического диагноза.

Однокашник

Клиника профессора Анатолия Петровича Пелешука располагалась рядом с институтом, в больнице для обслуживания водников. Он был частым гостем на наших конференциях, даже после того, как передал клинику своему ученику Любомиру Антоновичу Пыригу. Нередко обращался к нам за консультациями, точно так же, как и мы приглашали его для решения неясных вопросов.

Анатолий Петрович зашел ко мне с экскреторными урограммами и предложил их посмотреть, сообщив, что это — снимки Михаила Марковича Ковалева. Я знал, что профессор М.М.Ковалев болен. Лежал в своей клинике, в кабинете. Несколько раз звонил Анне Оттовне, его жене. Вначале ее ответы были успокаивающими, затем — более сдержанными. С ее слов, профессора института, в том числе ректор, профессор С.С.Лаврик, делают все возможное для выздоровления Михаила Марковича. Все так и было.

На экскреторных урограммах в правой почке и мочеточнике изменений не было. Слева — визуализировалась только верхняя чашка, средняя и нижняя отсутствовали. Нижний контур левой почки размыт. Наружная граница поясничной мышцы проявлялась слабо. Я высказал Анатолию Петровичу предположение о возможном воспалении паренхимы нижней половины левой почки. На что он мне ответил, что многократные анализы мочи совершенно нормальные. Мы договорились поехать посмотреть Михаила Марковича. К нам присоединился профессор Игнат Михайлович Матяшин. Он был встревожен болезнью М.М.Ковалева. Накануне посетил его и остался очень недоволен его состоянием. Он-то и посоветовал А.П.Пелешуку показать мне урограммы. В заключение добавил: надо спасать Мишу!

Я увидел М.М.Ковалева угнетенным, кожа бледно-серой окраски. После приветствия он сказал:

— Силы меня покидают с каждым днем, слабость, повышение температуры тела, повышенное потоотделение. Спасайте, братцы!

Зная этого мужественного, волевого и решительного человека, я был сильно взволнован его словами, значит, ему действительно очень плохо.

Мне стало известно, что его обследовали многие специалисты, перепробовали различные методы лечения, но все безуспешно.

Михаил Маркович рассказал, что 2 мая они с семьей поехали под Киев в Плюты. Там хороший лес. Они любили это место и часто там отдыхали. Дня через 2—3 у него появилась боль в горле. Отоларингологи диагностировали ангину и назначили соответствующее лечение. Ангина плохо поддавалась лечению, появилась субфебрильная температура, а боль усилилась. При повторном осмотре ларингологи обнаружили некротическую ангину. Лечение затянулось, температура тела повысилась до 38—38,5 °С. Периодически появлялись озноб и обильное потоотделение. Больного забрали в клинику. Провели самое тщательное обследование. В легких и сердце — возрастные изменения, тахикардия соответственно температуре. Печень, почки не увеличены, безболезненны. Селезенка не пальпируется. Миндалины очистились от некротизированных тканей, но умеренно гиперемированы. Боль в горле уменьшилась.

В истории болезни имеются подробные записи многих известных профессоров, а также совместных осмотров. Были прощупаны, простуканы, прослушаны все органы, но причина интоксикации и ухудшения общего состояния оставалась неясной.

Учитывая изменения на урограмме левой почки, я придирчиво изучил ее. В многократно сделанных анализах мочи никаких патологических элементов. Анализы крови, клинические и биохимические, свидетельствуют об интоксикации. Спустя непродолжительное время после исследования левой почки у больного начался озноб.

Втроем мы начали рассуждать. Озноб — признак заболевания паренхиматозного органа: печень — так нет желтухи, нет пигментов в моче, стул нормальной окраски. Легкие — нет жалоб, дыхание свободное, по данным аускультации, перкуссии и рентгенологического исследования патологических изменений нет. Почки — моча без изменений. Но это еще ничего не значит. При внутривенном занесении инфекции в почку в моче может не быть изменений. Все это подвело нас к патогенезу: ангина — внутривенное занесение инфекции в паренхиму почки — связи с лоханкой нет, поэтому моча нормальная. Значит, у больного гематогенный апостематозный нефрит. Судя по данным экскреторной урографии, процесс охватил нижнюю половину левой почки. В такой ситуации сразу же возникает вопрос: а что в правой почке? При нефрите гематогенного генеза, как правило, наблюдают двусторонний процесс в почках. Правда, данные урограммы свидетельствуют о воспалении только слева. Вполне вероятно, что справа оно находится в начальной стадии и не проявляется ни рентгенологически, ни клинически.

Заболевание длится три месяца. Активное, я бы даже сказал интенсивное, антибактериальное и общеукрепляющее лечение неэффективно. Состояние больного ухудшается. Сепсис прогрессирует.

Я высказался за выполнение операции на левой почке, объем которой определится во время вмешательства — декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства или нефрэктомия. Профессора А.П.Пелешук и И.М.Матяшин согласились с диагнозом и необходимостью операции.

Михаил Маркович выслушал наш вердикт. Помолчал немного и не глядя на нас, вслух произнес: обманываете вы меня, братцы. Раз возможна нефрэктомия, значит, у меня опухоль. Ну да все равно, когда-то же это должно кончиться. На операцию согласен, — закончил он более решительно.

Теперь формальности. Анна Отговна (жена Михаила Марковича) согласна, чтобы Михаила Марковича оперировали. Наташа (дочь М.М.Ковалева) в туристической поездке за рубежом. Вернется через 10 дней. Я в отпуске. У меня путевка в санаторий «Черноморский». Через два дня я должен быть с Маргаритой в Крыму. Моя причина третьестепенная, я могу задержаться с поездкой, если Ковалевы согласятся на операцию в ближайшие 1—2 дня. Они решили ждать Наташу. Я уехал в санаторий и, как договорились, ждал их звонка.

Назначили день операции. Операцию делал в клинике Михаила Марковича. Обезболиванием занимался профессор А.И.Трещинский с помощниками. Оперировал я с А.С.Переверзевым и врачом местной клиники.

Во время оперативного вмешательства в операционной появились профессора С.С.Лаврик, С.Д.Голигорский и Б.С.Гехман. Может быть, после моего осмотра приглашали этих именитых урологов. Я об этом не знал. Их появление было для меня неожиданным, но это даже хорошо — при гематогенном апостематозном нефрите сложно определяться с тактикой, поэтому лучше будет, если они примут участие в осмотре обнаженной почки.

Левая почка обнажена. Нижняя половина ее увеличена, багрово-синюшная, под капсулой на передней поверхности просматриваются одиночные и сливные апостемы. Ближе к нижнему концу все апостемы сливные. На задней поверхности разрушена собственная капсула почки. Определяются два небольших карбункула. Я отошел от операционного стола и предложил осмотреть почку С.Д.Голигорскому и Б.С.Гехману.

Предполагаемая сложность болезни подтвердилась. Если бы речь шла об урогенном пиелонефрите, который, как правило, бывает одно-

сторонним, однозначно — необходимо удалять почку. При гематогенном — возможно поражение второй почки. Тогда как быть? Удалив одну почку, оставляем больного с одной, возможно, также пораженной почкой. Как же быть?

С.Д.Голигорский и Б.С.Гехман осмотрели почку, тихонечко отошли в сторону. Я занял свое место за операционным столом для окончательного решения об объеме операции. Говорю вслух, чтобы слышали все: у больного сепсис, в левой почке необратимые изменения, декапсуляция почки уже не обеспечит гемодинамику паренхимы. Апостемы, карбункул будут поддерживать септический процесс в организме крайне ослабленного больного. Решаюсь на нефрэктомия. Против моих доводов никто не возразил. Я удалил пораженный орган. Операция закончена. Больной проснулся. Дышит сам. Деятельность сердца без отклонений от нормы.

С профессором А.И.Трещинским обсудили все назначения на ближайшую неделю. Больного перевели в палату.

На второй день утром я осмотрел Михаила Марковича. Состояние его значительно улучшилось за счет удаления гнойного очага. Днем улетел в санаторий отдыхать. Признаюсь, отдыха ни у меня, ни у Маргариты не было. Утром и вечером я звонил в Киев.

Три дня было все хорошо. На 4-й день больной начал «подогреваться», температура стала субфебрильной, а потом и более высокой, но не было озноба. Значит, вероятность поражения правой почки большая. Утешает, что она обеспечивает жизнедеятельность организма. Это хорошо. Значит, нужно проводить интенсивную антибактериальную терапию.

Под руководством профессора А.И.Трещинского все назначения выполняются очень педантично персоналом его клиники. М.М.Ковалев переведен в реанимационную клинику А.А.Трещинского, где интенсивное лечение налажено на высшем уровне.

Спустя месяц течение заболевания стабилизировалось, затем медленно стало улучшаться состояние. Михаил Маркович начал выздоравливать, о чем сам и заявил.

Долгое время он никому не верил, и в первую очередь мне, что ему удалили почку по поводу апостематозного нефрита, а не в связи с наличием опухоли. Он по-прежнему считал, что у него опухоль почки, что мы все его обманываем. Особенно он не верил морфологическому заключению, считал его фальсификацией.

Осенью он вернулся на работу, о чем известил меня. Я был рад этому по двум причинам: прежде всего, к нему вернулись физические силы, а с другой стороны, он меньше будет думать о перенесенной болезни и возможном раке.

Только спустя 6 лет Ковалев поверил, что почку ему удалили по поводу апостематозного нефрита. Если бы был рак, — говорил он...

Не скрою, хирурги меня поймут, операция М.М.Ковалева стоила мне много здоровья, а семью долгое время держала в напряжении — Маргарита с М.М.Ковалевым училась в одной группе.

Но что это по сравнению с тем, что я помог своему однокашнику по институту и товарищу по профессии в самую трудную минуту его жизни. Я могу смело написать, что продлил ему жизнь, в течение которой он продолжал продуктивно работать — оперировал больных, обучал студентов, участвовал в работе общества хирургов, выступал на конференциях и съездах, готовил кандидатов и докторов медицинских наук. Все эти годы он относился ко мне с большим уважением и любовью и старался это подчеркнуть при всяком удобном случае...

Роза

С больной Р. впервые встретился на консультативном приеме в поликлинике института. Она провизор, пришла в сопровождении матери, уже немолодой, но бодрой женщины. Во время беседы и осмотра дочери не проронила ни слова, но за всем внимательно наблюдала и, как мне показалось, от нее ничего не ускользнуло. История Р., как и многих урологических больных, печальна, драматична и даже трагична.

Жила семья: она с мужем, две девочки-школьницы и мама. Все у них было хорошо. Семья здоровая, жизнерадостная, нет проблем у девочек в школе. Пациентка с мужем работают в фармацевтической промышленности. Центром семьи была бабушка. Весь дом на ней держится. Она утром провожала дочь и зятя на работу, а девочек — в школу. Вечером всех встречала, интересовалась, у кого что и как. Всех слушала и никогда никому не давала лишних советов. Кормила всю семью, а внучек еще баловала своими кулинарными изделиями. Об этом я узнал потом, а сейчас передо мной ее измученная болезнью дочь. У нее диагностировали рак сигмовидной ободочной кишки. Ей, фармацевту, доступны любые дефицитные лекарства. Она по совету знакомых перепробовала массу средств химического и растительного происхождения, поэтому поздно обратилась к специалистам. Ее госпитализировали в Институт онкологии. Оперировал ее опытный профессор-онколог. Я его знал. Как мне потом стало ясно, опухоль оказалась запущенной, проросла соседние органы и ткани.

Операция оказалась чрезвычайно сложной. Чтобы удалить опухоль и спасти жизнь больной, хирургу пришлось резецировать не только сигмовидную кишку, но и оба мочеточника. Операция закончена глухим зашиванием культи прямой кишки, наложением одностольного противоестественного заднего прохода, выведением обоих мочеточников на кожу. Жизнь с тремя свищами, которые требовали постоянного ухода, превратилась в мучение. В семье ситуация чрезвычайно сложная. На физические страдания наслоились психические. Больная смотрела на нас, и во взгляде ее была красноречивая просьба — помогите.

После операции прошло полгода. В мозгу проигрываются возможные варианты помощи. Но каждый из них зависит от того, что в брюшной полости: метастазы и где они, спайки и их количество, нет ли местного рецидива с прорастанием в половые органы. Вопросов много. Но не хочется заканчивать прием на трагической ноте. Нужно вселить какую-то надежду и, по возможности, реальную.

Беседу закончил обещанием госпитализировать пациентку в клинику, тщательно обследовать и потом решать проблемы ее лечения.

Она с мамой вышла из кабинета. И как в таких случаях бывает, мы не сразу пришли в себя, хотя иногда профессионалов-хирургов обвиняют в черствости. Состояние больной произвело на нас гнетущее впечатление...

Стук в дверь, возвратилась мама больной — она умышленно забыла сумочку, чтобы был повод вернуться. Она хотела поговорить наедине, без дочери. Она понимала сложность положения. Ей подробно все рассказал онколог. Нас она просила не лишать ее надежды и чем-то помочь, потому что в семье гнетущая обстановка... Это мы понимали и обещали сделать все возможное.

В клинике я повторил свое обещание и сразу же началось ее обследование. Тогда у нас еще не было компьютерного и ядерного магниторезонансного томографов. Обследование включало изучение функции почек с использованием рентгенологического и радиолокационного методов, анализы крови и мочи, рентгеноскопию и рентгенографию органов грудной клетки в целях выявления метастазов, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Проведенное исследование подтвердило возможность кишечной пластики обоих мочеточников и устранение мочевых свищей. Если эта операция не удастся, тогда придется создать искусственный мочевой пузырь, который более управляем по сравнению с мочеточниковыми свищами, но тоже с выведением фистулы на кожу.

Больная, выслушав нас, сказала:

— Делайте, что считаете возможным. Так, как есть, я жить не могу. — Она сделала ударение на конец фразы. Мать ее тоже против операции не возражала.

Под общим наркозом срединным разрезом вскрыли брюшную полость. К счастью, местных метастазов не было. Вдоль крупных сосудов лимфатические узлы не увеличены. Смущение вызывала задняя стенка мочевого пузыря — туда нужно было вшить нижний конец тонкой кишки. И еще одна обнадеживающая деталь: культя прямой кишки довольно длинная. Я подумал о возможности в будущем устранить и каловый свищ, но эту мысль сейчас я отбросил, дай Бог справиться с мочевыми свищами путем замены части мочеточников тонкой кишкой. Эта операция сложная и продолжительная — около 4 часов напряженного труда.

После ревизии брюшной полости, мочеточников и кишечника стало ясно: операция выполнима, устранение мочевых свищей возможно.

Постепенно выделяя нужные органы и ткани, нам удалось операцию довести до конца: восстановлены непрерывность мочевых путей и естественное мочеиспускание. Можно зашивать операционную рану передней брюшной стенки. Но чем ближе операция подходила к концу, тем чаще я думал о последующей операции — закрытии свища толстой кишки. Я такие операции неоднократно делал... Пусть она эту операцию переживет, — так я ответил на свои мысли. Но идея второй операции прочно засела в моем мозгу.

После операции меня встретила вся ее семья — девочки, муж и мать. Обо всем расспрашивал ее муж. Мать и дочери молча слушали. Я объяснил: сделал то, что обещал. Если все заживет хорошо, мочевых свищей не будет.

Послеоперационный период протекал тяжело, как бывает в таких ситуациях. Спасибо сотрудникам реанимационного отделения, они делали все возможное, чтобы облегчить страдания до предела измученной больной. Она поправлялась. Медленно, но поправлялась. По-настоящему она начала выздоравливать, когда мы убрали дренажи и восстановили естественное мочеиспускание.

В течение очень сложного послеоперационного периода я ни ей, ни ее близким не говорил о возможности закрытия калового свища.

Если честно, я не знал, как мне поступить. Имеем дело с раковой болезнью, возможными, пока скрытыми, метастазами. Хотя во время операции их не выявили, но что будет через полгода-год? Сейчас эту операцию она не переживет — организм больной очень ос-

лаблен. А что будет через полгода, когда можно будет ставить вопрос о закрытии калового свища, сейчас предполагать трудно. Решил ждать и думать.

Время идет к выписке. Как-то нужно решать этот вопрос. Она будет приходить ко мне на консультацию — может, тогда сказать? А может лучше теперь — это еще одна надежда.

Выписывая больную, рекомендовал ей через 1—1,5 месяца мне показаться. Я объяснил, как ей нужно себя вести.

Первая встреча состоялась через 2 месяца. Пациентка чувствовала себя удовлетворительно, мочеиспускание самостоятельное. Боли, температуры, тошноты, рвоты не было, суточное количество мочи 1200—1500 мл. Моча мутная, с комками слизи. Умеренная анемия.

Рассказала мне, как ее встретили местные врачи. Хирург, к которому она ходит на перевязки, была удивлена, что мочеточники можно заменить кишкой. Она впервые об этом слышала, и в ее практике не было подобных больных. Точно так же была удивлена участковый терапевт. Увидев анализ мочи, она пришла в ужас. Больная передала участковому врачу мои наставления: изменения в моче — не результат заболевания почек, а следствие адаптации слизистой оболочки тонкой кишки к новым условиям функционирования. Видя вполне удовлетворительное состояние, врачи начали воспринимать ее как обычную больную. К каловому свищу она вроде бы привыкла, он ей беспокойств не причиняет, если бы...

И далее последовал рассказ о семейной драме.

Со времени болезни ухудшились взаимоотношения с мужем. Муж не стал груб, проявлял внимание к дочерям, которых он бесконечно любит. Он по-прежнему добр, заботится о материальном достатке семьи. У него сохраняются хорошие отношения с тещей, но к жене он охладел. Несмотря на то, что живут в одной комнате, они чужие люди. Нет нежности, ласк, что были прежде. В сексуальном плане муж очень активный. Умел не только брать, но и щедро отдавать себя ей. Теперь, когда она физически значительно окрепла, у нее в памяти все чаще появляются видения прежних сексуальных отношений, даже в интимных подробностях. Это ее возбуждает, а реализации нет. Она знает, что у мужа есть другая женщина. Иногда ее воображение касается их интимных отношений. Это приводит ее в ярость, которую трудно контролировать и переживать. Ночи для нее — сплошной кошмар.

Я слушал ее исповедь, не перебивая... Она продолжала. Конечно, муж ушел бы из семьи. Его удерживают дочурки, которых он безумно любит. Они еще несовершеннолетние: одной — 10, дру-

гой — 12 лет, но они поняли драму нашей семьи. Поняли, что пока семья держится на привязанности отца к ним. Поэтому они к нему буквально липнут, наперебой показывая свою любовь. По выходным дням тащат отца на прогулки, в кино, цирк... Они понимали причины задержек отца по вечерам и частые отъезды в командировки. Они не выясняли причин. Они все понимали, но вслух не говорили и не упрекали отца. В семье сложилась ситуация, когда все понимают и ничего не могут изменить. Ложное «благополучие» долго продолжаться не может. Она не осуждала мужа. Он молодой мужчина. У него есть сексуальные потребности, которые нужно удовлетворять. Всею виной ее болезнь. Может, ей можно как-то помочь. Она слышала, что я такие операции делаю.

Она замолчала, ожидая моего ответа. Я думал, что и как ей сказать. Она поняла — думаю, как ей помочь. Чтобы я принял решение скорее, она сказала: она знает, что у нее рак, знает даже гистологическое заключение. Она смирилась с тем, что на этом свете жить ей осталось недолго. Единственное ее желание — избавиться от свища. Пусть проживу всего один месяц, но без свища. Согласна на любую операцию, с любым исходом.

Передо мною сидит душевнобольная женщина. Одно мое неосторожное слово может стать причиной непоправимого поступка с ее стороны.

— К онкологу, который вас оперировал, вы ходили?

— Да. Но он наотрез отказался оперировать меня повторно. У меня одна надежда на вас.

— Хорошо, — ответил ей. — Постараюсь вам помочь, чем смогу. Но для этого нужно немного подождать. Пусть в брюшной полости рассосутся спайки, которые образовались после двух предыдущих операций.

— Сколько?

— Не менее 3—3,5 месяцев.

— Не поздно будет?

— Полагаю, что нет.

Она покинула мой кабинет с надеждой. За свою хирургическую жизнь я несколько сотен женщин и мужчин избавил от различных свищей. Женщин с мочевым свищом было больше, он возникал после гинекологических, акушерских, хирургических, онкологических операций. Были сложные и комбинированные кишечно-мочевые свищи, рецидивные и осложненные, пожизненные и временные. В каждой ситуации это была оригинальная операция, описанная в руководствах лишь в общих чертах. Оперативное лечение целиком за-

висело от профессионального мастерства хирурга, умения разобраться в сложностях патологического процесса и хирургической анатомии.

Спустя пять месяцев больная Р. обследована для исключения метастазов. Осуществлена операция — устранение противоестественного заднего прохода и восстановление непрерывности толстого кишечника.

Операция была сложной уже хотя бы потому, что она была третьей в течение года. Для больной она была сложной из-за сомнительности возможного исхода операции, для хирурга — сложность была реальной: перемещение толстого кишечника в полость таза и соединение его с культей прямой кишки требовали большого опыта. Кроме того, чрезвычайно важно в такой ситуации правильно оценить операционное поле. Лучше оставить как есть, чем пытаться восстановить непрерывность толстой кишки ценою жизни пациентки. Во время операции в брюшной полости метастазы не обнаружены. В полости малого таза выявлен выраженный спаечный процесс. Это усложняло операцию. Однако нисходящую ободочную кишку удалось переместить в полость малого таза и соединить с прямой кишкой.

Послеоперационный период протекал тяжело. Сказались операции на тонком и толстом кишечнике, хронический стресс, истощение нервной системы.

Персонал хорошо знал пациентку, проникся к ней состраданием, и, зная ее непритязательность, терпение и выдержку, делал все возможное, чтобы облегчить ее страдания после операции и тем содействовать выздоровлению.

Через две недели больная была выписана из клиники с восстановленным естественным пассажем содержимого кишечника. У меня на приеме она была один раз, чтобы поздравить коллектив с Новым годом. Срок после последней операции не превышал двух месяцев. Пока все было терпимо. Через полгода — тоже.

Что было потом, мне неизвестно.

Между жизнью и смертью

Во второй половине дня у меня в кабинете зазвонил телефон. Звонили из приемной министра социального обеспечения Федорова. Сообщили, что меня хочет навестить Алексей Федорович и хотели узнать, буду ли я в институте.

Через четверть часа Алексей Федорович был у меня в гостях. Приветливая улыбка располагала к нему и настраивала на доброжелательную беседу.

После взаимных приветствий речь пошла о его здоровье. В начале августа он перенес две сложнейшие операции на высоте хронической почечной недостаточности и 36-часовой анурии.

А.Ф.Федоров страдал поликистозом почек. Это врожденное наследственное заболевание, которое десятками лет протекает латентно без всяких симптомов. Первые признаки болезни проявляются к сорокалетнему возрасту, если раньше заболевание не было диагностировано при медицинском обследовании по другому поводу. У Алексея Федоровича поликистоз почек осложнился двусторонней почечнокаменной болезнью. Наряду с постепенно нарастающей почечной недостаточностью, у него периодически, после почечных колик, отходили мелкие камешки-фосфаты, которые обычно не выявляются при рентгенологическом исследовании.

В настоящее время он чувствует себя вполне прилично. Второй день, как выписался из больницы Феофании и сегодня заехал ко мне поблагодарить за успешное лечение.

В руках у него было второе издание книги «Підпільний обком діє». Он мне вручил эту книгу.

Раскрыв книгу, я прочел дарственную надпись, написанную на первой странице: «Глубокоуважаемому Виктору Степановичу Карпенко на память о суровых испытаниях советских людей в годы Отечественной войны и в знак величайшей признательности за счастье жить и трудиться на благо нашей Родины. Ваш А.Федоров. Киев, 12 сентября 1978 года». Дата сегодняшняя. Я заинтересованно просматривал книгу. Он сидел молча, наблюдая за мной. Закончив просмотр книги, я сказал:

— Алексей Федорович, я читал вашу книгу в 50-е годы. Она была намного тоньше.

— Да, это правда. Я тогда писал книгу по памяти и только о том, в чем лично принимал участие. На первое издание пришло много писем с предложениями, замечаниями, напоминаниями о некоторых событиях, о которых за давностью лет забыл, а в некоторых походах и сам не участвовал. Имея много нового материала, решил взяться за второе, дополнительное издание, чтобы лучше и полнее показать роль партизан в Великой Отечественной войне.

Разговор наш затягивался, его волновала партизанская война 1941—1945 годов. Я наблюдал за ним как за своим пациентом, который полтора месяца тому назад был на грани жизни, а теперь с таким вдохновением говорит и о прошлом, и о будущем.

Национальный герой Алексей Федоров был сильным, волевым, умным и внимательным человеком. Он заслужил эту высокую оцен-

ку народа, а правительство его подвиг отметило двумя Звездами Героя Советского Союза и воинским званием — генерала.

Визит Федорова разбередил мою память. Всплыли видения прошлой войны — рейды по тылам противника, встречи с партизанами, а также то, что знал из книги «Підпільний обком діє» о мужестве, выносливости и смелости партизан. Армия отходит на Восток, а Федоров с партизанами на Запад, в леса, в подполье. И главное — действует. Действует так, что немцам ни днем, ни ночью нет покоя. Об отряде Федорова во время войны много писали и все в превосходной степени. К ним даже прилетали советские самолеты — увозя раненых и доставляя необходимое для борьбы с противником.

В моем мозгу, как в кинофильме, прокрутилось все, что было связано с болезнью Федорова и его лечением. В этот день я больше работать не смог. Сел в машину и поехал на Жуков-остров. Я люблю этот красивейший уголок киевского пригорода. Там я многое обдумывал или успокаивал свою нервную систему, когда бывал в напряжении.

Первый раз я увидел Федорова в президиуме на каком-то торжественном собрании в Октябрьском дворце. Потом я его неоднократно видел во дворце «Украина» на различных совещаниях, но не был с ним знаком. От своих коллег в общих чертах я знал о его болезни, но меня к нему не приглашали.

Воспоминания меня вернули в 1956 год. В этот год я руководил производственной практикой студентов 4-го курса в трех больницах г. Мариуполя: городской, заводов «Азовсталь» и Тяжмаш. Студенты тогда были особенные. Их детство пришлось на войну. Они преждевременно стали взрослыми. Среди студентов в редкой семье не было погибших на фронте. Студенческие годы не повторяются. Они хотели как можно лучше и радостнее их прожить, с пользой для себя и своих пациентов, с которыми они соприкоснулись на практике.

Тогда в больнице не было реанимационных и послеоперационных отделений. Сплошь и рядом прооперированные больные находились в той же палате. Многие из них нуждались в индивидуальном уходе. Тогда было обычным явлением лечащему врачу оставаться на ночь возле больного и ухаживать за ним как сиделка.

На практике нередко предлагали студентам подежурить возле больного ночью. Они не отказывались, оставались. Когда я приезжал к ним, они мне рассказывали, как прошло дежурство, что и как они делали. Интересовались моим мнением. Были рады, когда их действия я одобрял. Нередко с группой студентов, которые проходили практику в городской больнице, мы ходили на пляж. Это недалеко.

Все мы жили очень скромно. На пляж с собой брали хлеб, помидоры (там они были прекрасные), немного вареной колбасы, картофель, воду и почему-то конфеты «Золотой ключик». На большее средств не было. В группе были одни девушки 21—24 лет. Среди них один я был мужчиной. Мне тогда было немногим более тридцати. О разном мы тогда с ними говорили. О просмотренных фильмах (показывали тогда много трофейных немецко-австрийских фильмов). О романтической любви. А по радио все чаще говорили о войне во Вьетнаме. Французов сменили американцы. На несчастную страну падали бомбы, целые районы выжигали напалмом, отравляли посевы и уничтожали скот. А народ сражался. Студенты понимали ужас Вьетнамской войны — сами подобное пережили недавно.

Но больше всего было разговоров о производственной практике. Студенты соприкоснулись с большими людьми. Для них все было ново. Они сопоставляли то, что говорили им в институте, с тем, что они видели на практике, спорили. Часто я у них был арбитром. На конкретных примерах, уже из практики, мы вместе обсуждали правомерность методов, применяемых врачами.

Студентам приходилось объяснять, что лечение — индивидуальное искусство каждого врача. Оно зависит не только от болезни, лекарств, но и от взаимоотношений врача и больного, от авторитета врача.

Возраст студентов был возрастом любви и об этом было много разговоров; заинтересованно обсуждались предстоящие свадьбы их знакомых. Это были нескончаемые диалоги с множеством вариантов.

В субботу во второй половине дня я уезжал домой. В ожидании поезда, на Мариупольском вокзале, я подошел к книжному киоску. На раскладке меня заинтересовала книга «Підпільний обком діє». Узнав, что автор книги Национальный герой Великой Отечественной войны — А.Ф.Федоров, особенно заинтересовался. О партизане А.Ф.Федорове много писали. Однако одно дело, когда о нем писали, и совсем другое — когда он сам пишет о событиях войны. Информация из первых уст — самая ценная и дорогая.

По дороге в Донецк книгу я прочел. Прочел, как говорится, одним духом. Автор писал о том, что сам видел и пережил. В книге была объективно, без рисовки, показана титаническая работа Федорова: командира партизанского отряда, партийного руководителя и главы администрации района, где находился отряд. И все это во вражеском тылу.

Значение подвига Федорова стало еще выше, когда нашей общественности стали известны некоторые подробности первых месяцев войны.

В 1978 году газета «Аргументы и факты», ссылаясь на официальные источники, сообщила, что в первые месяцы войны 1941 года немецкие войска пленили 3,5 миллиона красноармейцев из 5 миллионов призванных в армию! Это после того, как нам говорили: «враг будет разбит малой кровью, могучим ударом!».

Читая первое издание книги А.Ф.Федорова, я не предполагал, что профессия сведет меня с этим легендарным человеком. А было так...

В начале августа 1978 года Галина Григорьевна Бородай (заместитель начальника 4-го Главного управления Минздрава) по телефону сообщила мне, что в Феофанию (больница 4-го Управления) доставили в тяжелейшем состоянии А.Ф.Федорова. У него 36 часов нет мочи, а мочевого пузырь пустой. На обзорном снимке мочевого тракта камней в почках и мочеточниках не видно. «Приезжайте немедленно!» В ее голосе была сильная тревога.

Я выехал в Феофанию и в дороге думал о том, что знал о болезни Федорова. Он страдал поликистозом почек. Это врожденная наследственная болезнь. В 30—40-е годы такие больные едва доживали до 40—45 лет. Федорову — 76. Но этого мало. Поликистоз почек у него осложнился двухсторонней почечнокаменной болезнью и пиелонефритом. И уж совсем плохо, что камни у него не контрастные — на рентгенограммах не проявляются. Раньше, после приступа почечных колик, у него отходили мелкие камни. Теперь же, судя по словам Г.Г.Бородай, у него большие камни одновременно закупорили обе почки — поэтому больной не мочится 36 часов. Это очень большой срок. Раз мочевого пузырь пуст — значит, закупорка мочевых путей выше — на уровне лоханки—мочеточника.

А может, наступил самый худший вариант — поликистозные почки выработали свой ресурс, ведь пациенту 76 лет!

Чем ближе подъезжал к Феофании, тем явственнее понимал, какая ответственность ложится на мои плечи! А вдруг неудача! Как не хочется быть причастным к неудачному исходу, а машина уже подкатила к подъезду больницы. Зашел к заведующему урологическим отделением Л.Плужникову, где была и Г.Г.Бородай.

Вместе вошли в палату Федорова. В палате была жена Федорова Неонила Георгиевна, врач-терапевт. Алексей Федорович старался быть приветливым. Кожные покровы характерны для почечной недостаточности: бледные с желтушным оттенком, лицо пастозное, дыхание тяжелое, поверхностное, частое. Какое-то мгновение мы изучали друг друга. Он по выражению наших лиц старается уточнить тяжесть своего состояния и решение его судьбы.

Началось профессиональное изучение анамнеза и всего того, что связано с нынешним состоянием больного. Оказалось, что остановка мочи произошла внезапно, не было постепенного сокращения объема выделяемой мочи. Накануне в правой поясничной области несколько раз он ощущал мимолетную боль, не очень сильную. Он не придавал ей значения, потому что раньше, когда отходили камни, боли были значительно сильнее. Слева в пояснице никаких болевых проявлений не было.

Тошнота постоянная — из-за нее не может принимать сердечных лекарств, которые принимал обычно. Мучит жажда, но после приема минеральной воды сразу появляется рвота желудочным содержимым. Последняя порция мочи, около 250 мл была «как вода».

У больного малокровие, креатинин (показатель функции почек) в два с половиной раза выше нормы. Кожа и брюшная стенка дряблые. Почки большие, легко прощупываются. Пальпация их не вызывает болезненности. По ходу правого мочеточника определяется легкая болезненность; слева — подобной болезненности нет. Сердечная деятельность учащена, аритмична.

Во всех отделах легких определяются хрипы. На обзорном снимке мочевого тракта, сделанном при поступлении, — теней камней не видно.

Ситуация чрезвычайно сложная... Это понимает наш пациент. Мы поднялись, чтобы выйти в ординаторскую обсудить предстоящую лечебную тактику.

— Товарищи доктора, делайте все, что считаете нужным. Я в полном вашем распоряжении, — этими словами Алексей Федорович проводил нас на консилиум.

В ординаторской собрались Галина Григорьевна, Леонид Гаврилович, анестезиолог Юрий Иванович, Нионила Георгиевна и я. Вначале все помолчали... Не сразу началось обсуждение. Все понимали чрезвычайность болезни.

Диагноз в общем-то ясен — поликистоз почек, пиелонефрит, двухсторонняя почечнокаменная болезнь, закупорка обоих мочеточников, анурия, интермиттирующая почечная недостаточность. Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание сердечно-сосудистая недостаточность. Состояние больного тяжелое и прогрессивно ухудшается.

Локализация камней неизвестна. Камни могут быть в лоханке и закупоривать вход в мочеточник; но могут быть и в мочеточнике. Нет уверенности, что операция на одной поликистозной почке обеспечит жизнедеятельность организма. Значит, нужно готовиться к опера-

ции на обеих почках. Согласитесь, у 76-летнего человека, с отсутствием мочи 36 часов — задача сложная и рискованная. С какой стороны нужно начать операцию? По-видимому, справа, так как накануне была боль в правой поясничной области. Ситуация усложнялась и тем, что при анурии и почечной недостаточности легко передозировать лекарства. А они совершенно необходимы для премедикации и наркоза, поддержания сердечной деятельности и интенсивной терапии.

После обсуждения приняли решение: под эндотрахеальным наркозом начать операцию на правой почке и мочеточнике. Если потребуются, а состояние больного позволит, одновременно выполнить операцию на левой почке.

Галина Григорьевна, неся общую ответственность за оказание специализированной помощи нашему Национальному герою, решила позвонить в ЦК КПУ. Она позвонила второму секретарю тов. В.В.Захарову, В.В.Щербицкий отдыхал в Крыму.

Галина Григорьевна очень толково объяснила тяжесть состояния А.Ф.Федорова, рассказала о решении консилиума и предстоящей операции.

Захаров пожелал поговорить со мной:

— Ваше мнение окончательное — единственно возможное?

— Товарищ Захаров, диагноз у Алексея Федоровича ясен. Восстановить отток мочи по мочевым путям можно только неотложной операцией. Основная сложность состоит в том, что камни рентгеннеконтрастные, мы не знаем точно их локализации. Поэтому поиски камней могут затянуться. Кроме того, может быть, придется оперировать на обеих почках. Промедление с операцией может стоить пациенту жизни.

Захаров поговорил дополнительно с Г.Г.Бородай, записал наш телефон. Попросил подождать 20 минут.

Г.Г.Бородай высказала предположение — видимо, решил позвонить В.В.Щербицкому, который в то время отдыхал в Мухалатке.

Мы ждем. Я в памяти перебираю все возможные ситуации и выбираю лучший вариант операции. Я всегда так поступаю, готовлю себя ко всем неожиданностям, с которыми могу встретиться на операционном столе.

Раздался телефонный звонок. Захаров сказал: делайте все, что считаете нужным.

Предоперационная подготовка уже началась. Премедикация, катетеризация подключичной вены для введения лекарств внутривенно и интубация прошли спокойно. Главное — не передозировать лекарства и наркоз.

А.Ф.Федоров все переносил спокойно, временами шутил. При повороте больного на левый бок на ЭКГ проявились переходящие перебои сердечной деятельности. Операционное поле смазали настоек йода, отгородили простынями. Работаем молча.

— Все готовы к операции? — спрашиваю у всех участников операции — таково правило.

— Все, — послышалось в ответ.

Теперь медлить нельзя. Все делается четко и быстро. Разрез брюшной стенки. Обнажена правая почка, она большая, поликистозная. Верхняя треть мочеточника расширена, напряжена. Слава Богу, облегченно вздохнул я — значит, камень ниже. Еще несколько мгновений — я вскрыл мочеточник и удалил камень желтого грязного цвета (фосфат), а из разреза мочеточника интенсивной струей хлынула моча. Участники операции облегченно вздохнули. Поток мочи нарастает. Через отверстие в стенке мочеточника я ввожу трубку в его просвет. Через 6,5 минут выделилось 500 мл прозрачной «водянистой мочи». Это плохой признак. Значит, моча низкого удельного веса и содержит мало продуктов обмена. Лаборатория подтвердила: удельный вес выделенной мочи из правой почки — 1002 мл. Выделилось еще более 500 мл мочи.

Предупреждаю анестезиолога, да он и без меня это знает: нужно следить за электролитным обменом и кислотно-щелочным равновесием. Повторное исследование мочи — удельный вес тот же. Кровопотеря во время операции была небольшая. Смотрю, как интенсивно третья бутылочка наполняется мочой. Выделяется почти вода. Функция правой почки не обеспечивает жизнедеятельность организма. Это ясно. Ритм сердца и артериальное давление удерживаются на нормальном уровне. Это хорошо. Можно оперировать больного на второй почке. В противном случае интенсивная терапия будет неэффективной. Юрий Иванович разделяет мое мнение.

Подготовили все для операции на левой почке. Левая почка оказалась кистозной. Больше правой. Лоханка внутриваночечная. Левый мочеточник имеет нормальный диаметр. Плохо. Это значит, что камень в лоханке. Он закупорил вход в мочеточник. Выделение внутриваночечной лоханки и поиски в ней камня — бесполезная трата драгоценного времени. Это не оправдано в данной ситуации.

В данной ситуации нужно как можно скорее отвести мочу из левой почки.

Проще всего попытаться сдвинуть камень и освободить вход в мочеточник.

В стенке мочеточника делаю небольшой разрез. Через него ввожу в просвет мочеточника трубку по направлению к почке. В какой-

то момент встречаю преодолимое препятствие и через мгновение по трубке начала интенсивно выделяться моча из левой почки. Повторяется то, что было справа — моча с низким удельным весом.

Главная цель операции достигнута. Обе почки дренированы. Выделяют мочу. Моча выделяется интенсивнее, чем этого хотелось бы, грозя опасностью электролитных нарушений. Угроза передозировки медикаментов уменьшилась.

Деятельность сердца устойчива. Артериальное давление на исходном уровне.

Теперь важно предупредить обезвоживание организма, нарушение кислотно-щелочного равновесия и удержать на нормальном уровне водно-электролитный обмен.

Юрий Иванович делает все необходимое.

Я еще раз пытался выполнить ревизию лоханки. Но это мне не удалось — лоханка внутривидеальная. Прощупать камень в почке мне также не удалось. Это немудрено. Лоханка большая, ветвистая. Камень, сдвинутый с места, мог закатиться в любую чашечку.

Операционную рану зашили до дренажа. Операция закончена. Она длилась 57 минут. Для такой операции это не много. Больной проснулся после наркотического сна. Через время восстановилось самостоятельное дыхание. Из трахей удалена эндотрахеальная трубка. Больной дышит сам. Пациент в сознании, что-то пытается сказать, но неразборчиво.

Интенсивная внутривенная терапия, начатая до операции, продолжается. По дренажам по-прежнему интенсивно выделяется моча. Вся хирургическая бригада возле больного. Обсуждаем план интенсивной терапии на ближайшие сутки.

Освободившись от операции, я обратил внимание, как четко, быстро и аккуратно работают анестезистки. У них все под рукой — никакой суеты. Значит, все было подготовлено заранее — это опыт и умение собраться в сложной обстановке. Из больницы я уехал за полночь.

Я не буду описывать подробности драматических ситуаций послеоперационного периода. Две недели медики днем и ночью напряженно боролись за жизнь Федорова, не покидали пациента ни на одну минуту, четко выполняли все назначения. Лишь в начале третьей недели стало ясно, что болезнь отступила. Всех, и меня больше всего, волновал камень в левой почке. Как он себя поведет после удаления дренажа?

Вначале трубку удалили из правой почки, а из левой — три дня спустя. После удаления трубки из почки камень, увлеченный пото-

ком мочи, спустился в тазовый отдел мочеточника, откуда был удален специальной петлей. Камень небольших размеров (1 × 0,7 см), но сколько наделал беды.

Алексей Федорович оказался удивительным пациентом. Находясь в тяжелейшем состоянии, он безропотно переносил все тяготы послеоперационного периода, у него хватило сил сказать слова благодарности сестричкам и врачам, успокоить их, когда та или иная манипуляция удавалась не сразу. Он был приветлив, любезен и сотрудники отвечали ему тем же.

Процесс выздоровления шел медленно. Замедлил свое развитие пиелонефрит и стал терять агрессивность. Снижалась полиурия, удавалось удерживать кислотно-щелочное равновесие, электролитный баланс и креатинин на уровне физиологической нормы.

Алексей Федорович начал поправляться. Это положительно сказалось на его настроении. Он был выписан из больницы в удовлетворительном состоянии. Счел своим долгом сразу же, на следующий день, навестить меня и подарить свою книгу с чудесной дарственной надписью. В этот момент я был горд за себя, за хирургию и за тех медиков, которые справились со смертельной болезнью.

В последующие годы Алексей Федорович сосредоточился только на работе в республиканском комитете партизан ВОВ. Это была интересная и, главное, очень нужная работа для ветеранов партизанского движения.

Мне, как хирургу, было суждено еще раз встретиться с ним в больничной обстановке. В 1980 году общественность страны отмечала 35-летие Победы в Великой Отечественной войне. Партизаны, включая А.Ф.Федорова, решили проехать на машинах по маршруту боевой славы 1941—1945 годов. На машине Федоров проехал 1500 километров. В конце маршрута он «вытрусил» очередной камень из правой почки. Камень застрял на том же уровне, что и раньше.

Второй раз ситуация была лучше — Алексей Федорович своевременно обратился за помощью. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений.

Научный интерес истории болезни А.Ф.Федорова заключается в том, что человек с поликистозом почек прожил 86 лет! Причем, у Алексея Федоровича на возраст 40—45 лет, когда заболевание из латентной фазы переходит в осложненную стадию, начался самый интенсивный и трудный период жизни — партизанская война.

Я счастлив, что дважды в критические моменты жизни Алексея Федоровича оказался рядом с ним, что мне и моим помощникам из больницы «Феодания», удалось подарить ему «счастье жить и трудиться на благо нашей Родины» еще в течение 10 лет!

Неразгаданная болезнь

Утром мне позвонил Л.Г. Плужников и попросил безотлагательно приехать. Из телефонного разговора я узнал, что они оперировали Д.М. Гридасова, председателя Донецкого облисполкома, по поводу опухоли правой почки. На операции оказалось — правая почка интактная, опухоль располагается в забрюшинном пространстве над почкой. Больной лежит на операционном столе под наркозом. Не вдаваясь в подробности, сел в машину и поехал в Феофанию.

Д.М. Гридасова я знал по Донецку. Он был пациентом профессора Каро Томасовича Овнатаняна. У Дмитрия Матвеевича была сложная аномалия: правая почка была удвоенная. Обе почки имели мочеточники, но в тазу, перед входом в мочевой пузырь, мочеточники соединялись вместе и открывались одним отверстием в мочевом пузыре.левой почки у него не было от рождения. В свое время в Донецке камень почки спустился по мочеточнику и застрял над местом соединения. У больного развилась анурия, быстро нарастала азотемия, которая затрудняла функциональное исследование почек.

Лишь на обзорном снимке мочевого тракта четко был виден камень. Он был удален Каро Томасовичем. С тех пор прошло много лет. Все эти годы Гридасов работал председателем Донецкого облисполкома. О том, что он находится в Феофании, я не знал.

По приезде в больницу я быстро включился в операцию. При ревизии операционной раны обнаружилась сложная патология, с которой ранее не встречался. Имеется какая-то опухоль в капсуле, желеобразной консистенции. От почки и надпочечника опухоль отделилась совершенно свободно. Верхний конец опухоли уходит под печень к диафрагме. Внутренний край опухоли удалось отделить от нижней полой вены и двенадцатиперстной кишки, но полностью вылущить ее в капсуле не удалось. В том месте, где опухоль интимно была связана с головкой поджелудочной железы, капсула лопнула, и потекла желеобразная масса кроваво-бурого цвета, напоминающая разложившуюся кровь. Но среди этой массы были комки какой-то ткани сероватого цвета, отличной от остальной массы, содержащейся в капсуле. Содержимое капсулы вычерпали. Его набралось 1,5 лотка. Удалена капсула. Нижняя граница печени цела, удвоенная почка увеличена, разрывов на ее поверхности нет. Желчный пузырь цел.

Некротический панкреатит? Но характерной клиники не было. Я вскрыл брюшину, рассмотрел поджелудочную железу и ее головку. Нет, патологический процесс не в брюшной полости. Тщательно удалена вся капсула. Нам не удалось желеобразную опухоль «при-

вязать» к какому-то органу. По ходу нижней полой вены определяется что-то наподобие лимфатических узлов, но лимфатические сосуды не расширены. Почечная капсула была без патологических изменений. Отслоенные кусочки опухоли, выделенные в начале операции, подвергнуты экстренному морфологическому исследованию — не выявили гистологической природы опухоли.

Решили закончить операцию. Природа опухоли осталась неизвестной и морфологи нам не помогли.

После операции я взял кусочек опухоли и поручил морфологу, профессору А.М. Романенко, изучить опухоль. Она затруднилась дать какое-либо заключение. То же ответили профессор А.Ф. Киселева и Август Филиппович Федотов.

Руководство Феофании по нашей просьбе направило стекла и препарат в Московский онкоцентр. Морфологи Московского онкоцентра точного ответа не дали, сказали: возможно, какая-то мезенхимальная опухоль. Киевские морфологи Романенко, Киселева и Федотов еще раз посмотрели препараты вместе и не нашли в ней элементов мезенхимальной опухоли. В основном это была какая-то некротическая масса.

Между тем, у больного начали нарастать симптомы почечной недостаточности. Консервативными средствами ее не удавалось купировать.

Я предложил провести больному несколько сеансов гемодиализа, для чего перевел его в отделение программного гемодиализа нашего института.

В то время мы строили нефрологический корпус института. В котловане велись железобетонные работы. Был постоянный шум — работы велись в две смены. Окно палаты, где лежал Д.М. Гридасов, выходило на стройку (палат на противоположную сторону у нас не было). Как-то захожу в палату. Смотрю: Гридасов пристроился на стуле к подоконнику и наблюдает за работой в котловане. На мой вопрос, не мешает ли ему шум, ответил, что любит наблюдать за работой на стройках. Раз строят — значит, жизнь идет.

Программный диализ ему хорошо помог. Вскоре мы перевели его на долечивание в Феофанию.

При выписке больного из больницы мы не знали, как записать диагноз в историю болезни.

За Д.М. Гридасовым в последующие годы я наблюдал на совещаниях в Киеве. Пару раз он сообщал мне по телефону о своем здоровье. Чувствует себя хорошо, работает. Связь прервалась в конце «перестройки».

ЮБИЛЕЙ

В свое время у нас не очень поощряли празднование юбилеев. Партийные органы их не рекомендовали проводить, но все их проводили. Особенно широко юбилеи праздновали артисты, композиторы, певцы. Их юбилеи превращали в театрализованные представления и проводили на сценах театров при стечении большого количества народа. Это правильно. Люди должны знать и видеть выдающихся современников. Население хочет показать любовь и уважение к своим кумирам. Деятели искусства тоже должны увидеть и почувствовать любовь общественности к себе за многолетний сценический труд, стоивший им много здоровья, в силу своей профессиональной эмоциональности.

Приближалось мое 60-летие. Некоторые знакомые и сотрудники уже закидывали мне вопрос: что я думаю по поводу юбилейной даты. Есть традиции.

Чем ближе к юбилейной дате, тем больше возникало вопросов. Я к этому времени пользовался значительной известностью. В душе у меня было сомнение. Я понимал, что это может стать поводом для кляуз.

Но юбилей есть юбилей. Объяснять, что из-за чьего-то возможного неодобрения я отменил банкет, будет просто нелепо. Я заказал ужин в ресторане «Звезда» на площади Незалежности, заранее оплатил счет и положил его в карман.

В кабинете также подготовился к встрече гостей.

Юбилей выпал на пятницу. К 10 часам начали прибывать гости. Приехал министр здравоохранения Украины профессор А.Е.Романенко с заместителями О.А.Пятаком и А.М.Переведенцевым и с В.М.Козлюком, секретарь Шевченковского райкома партии В.С.Западня пришел с третьим секретарем А.А.Пешим. Чуть позже приехали генерал А.В.Василишин — министр внутренних дел, В.Д.Бойтала —

министр лесного хозяйства Украины, профессора А.С.Мамолат и Е.М.Лукьянова, многие другие. Приехал С.И.Дорогунцов, помощник премьер-министра, привез поздравление от А.П.Ляшко, что для меня было приятным сюрпризом.

После поздравления и фуршета начальство отбыло. Я со своими товарищами пошел в конференц-зал. Он был заполнен — ни одного свободного места. Много гостей и сотрудников института. Приехали гости — урологи из других областей и других республик, Москвы и Ленинграда.

Поздравления длились часа два. Мне вручили более 150 адресов, сказали много теплых и хороших слов.

К тому времени я уже 35 лет стоял у операционного стола. Сделал несколько тысяч простых, сложных, очень сложных и пионерных операций. В Киеве поднял Институт урологии и нефрологии...

Торжественную часть вел Любомир Антонович Пыриг и делал это очень красиво, даже элегантно.

Официальная часть закончена...

Мы с женой пригласили гостей в ресторан на ужин, на котором в мой адрес, адрес нашей семьи были сказаны теплые слова. Вечер прошел замечательно.

Гости остались довольны... Но, видимо, не все.

В понедельник в 9 часов звонит мне заместитель министра здравоохранения В.Н.Гирич и сообщает:

— Кто-то из ваших гостей доложил второму секретарю ЦК КПУ А.А.Титаренко, что вы устраивали юбилей. По всей Украине разослали приглашения с портретом. А.А.Титаренко распорядился, чтобы А.Е.Романенко объявил вам выговор по Минздраву. Принимайте меры до обеда. После обеда приказ будет подписан, с какой формулировкой — вы догадываетесь.

Звоню А.А.Титаренко. Он согласен меня принять через 30 минут.

— Алексей Антонович, вы свидетель начала моей работы в Донецке. Я 35 лет работаю хирургом. За это время сделал тысячи операций. У меня есть друзья, сослуживцы, и люди, оперированные мною. Они пришли меня поздравить с 60-летием и 35-летием хирургической деятельности... Неужели из-за этого я заслуживаю взыскания по Минздраву? Неужели за эти 35 лет я в чем-то уронил достоинство коммуниста, скомпрометировал партию и свою профессию?

Он перебил меня:

— А зачем по всей Украине рассылал приглашения со своим портретом?

— Алексей Антонович, я не рассылал. Вам донесли о моем юбилее? Не преминули бы принести и приглашение с портретом. Но не принесли. Его у вас нет. Не так ли?

Он молчит. Я молчу. Лицо его спокойное.

Наконец, он совершенно дружелюбно говорит:

— Передай министру — выговор отменяется.

— Алексей Антонович, министру сказали: секретарь ЦК КПУ Алексей Антонович Титаренко приказал объявить по министерству выговор профессору В.С.Карпенко за проведение юбилея. Карпенко приходит к министру и говорит — выговор отменяется. Мне не поверят.

Он по селекторной связи отдает распоряжение помощнику позвонить министру здравоохранения об отмене выговора. Разговор продолжался еще минут 15 в спокойных тонах, о делах, не имеющих отношения к юбилею.

Из ЦК я поехал в министерство проверить, все ли сработало. Заместитель министра В.Н.Гирин смеется — показывает копию заготовленного приказа, осталось только подписать...

На этот раз пронесло. Неприятность на ровном месте — донос. Оперативно: в пятницу юбилей, в субботу донос...

Утренние события 31 октября 1983 года меня взволновали. Раздосадовали, но не насторожили. Тогда я не понял, что это фальстарт...

ВИЗИТ ПРЕЗИДЕНТА АМН СССР

В один из осенних дней 1984 года мне позвонил помощник министра здравоохранения Украины Т.С.Когут и сообщил, что в институт к 12 часам дня приедет президент академии медицинских наук СССР академик Николай Николаевич Блохин с сопровождающими его лицами.

О цели визита высокого гостя он мне ничего сообщить не мог или не хотел.

Визит в институт ученого такого высокого ранга, а тем более президента Академии медицинских наук СССР — событие неординарное. Такой чести удостоиваются немногие институты, тем более неакадемического подчинения.

Я неоднократно встречался с академиком Н.Н.Блохиным на различных онкологических и хирургических конференциях и съездах, но лично знаком с ним не был.

С одной стороны, почетно и приятно видеть в стенах института ученого первой величины, с другой, — большая ответственность. Общение с выдающимися учеными всегда полезно, поучительно и врезается в память на всю жизнь. В этом я убедился.

Через секретаря поставил в известность всех руководителей о визите президента Академии медицинских наук СССР в институт. Стал думать, как его встречать и с чем мог быть связан визит. Такие визиты имеют определенную цель. А какую?

В правительственных кругах поговаривали о возможности создания медико-биологического отделения в Академии наук Украины.

Если это правда, нас ждут перемены. Поводом к нашим разговорам послужило несколько причин.

С одной стороны, в системе Министерства здравоохранения УССР было 13 медицинских и около 45 научно-исследовательских институтов. В них работало значительное число докторов и кандидатов

медицинских наук. Большинство из них находилось вне влияния Академии медицинских наук СССР.

С другой стороны, Академия медицинских наук СССР превратилась в Московскую академию медицинских наук. Об этом открыто говорили как в Москве, так и на периферии.

В академию медицинских наук СССР с большим трудом «пробивались» видные ученые Украины. Я помню, как некоторые ученые прилагали героические усилия, чтобы преодолеть сопротивление московских академиков, но тщетно. После 2—3 неудачных попыток они смирились с поражением, были профессорами, заслуженными деятелями, лауреатами, но не академиками Академии медицинских наук СССР.

Москвичи-академики говорили профессорам из Украины: у вас есть своя Академия, в Украине и решайте свои академические проблемы.

Но в Академии наук Украины было только биологическое отделение.

Несколько клиницистов, в частности Н.М.Амосов, А.А.Шалимов, В.Д.Братусь, К.С.Терновой и некоторые другие, были избраны академиками Академии наук Украины, но не все по основному профилю своей профессии.

Поговаривали, что президент Академии наук Украины Борис Евгеньевич Патон отверг идею преобразования биологического отделения в медико-биологическое под предлогом сосредоточения научного потенциала Академии для решения фундаментальных научных проблем. Включение в состав УССР Академии наук части медицинских научно-исследовательских институтов будет отвлекать средства от фундаментальных исследований на прикладные науки. Медицинская наука связана с практическим здравоохранением. Она требует больших материальных затрат. Доводы президента Академии наук Украины академика Б.Е.Патона в правительстве Украины и ЦК Компартии Украины посчитали убедительными и от реформирования биологического отделения в медико-биологическое отказались.

Тогда появилась идея создания Юго-Западного филиала Академии медицинских наук СССР. Вероятно, для изучения возможных вариантов в Киев приехал президент АМН СССР Николай Николаевич Блохин. Пока я размышлял над целями визита высокого гостя, кортеж машин подъехал к институту. Я пошел навстречу гостям.

В институт Николай Николаевич приехал в сопровождении академика Андрея Петровича Ромоданова — члена президиума АМН

СССР, директора Киевского института нейрохирургии, профессора Семена Семеновича Лаврика, ректора Киевского мединститута и работника ЦК Компартии Украины профессора Андрея Михайловича Сердюка. Начало встречи было хорошим — все были доброжелательны. В процессе встречи разговор шел в основном между мною и Николаем Николаевичем. Остальные гости большей частью слушали наш диалог или односложно отвечали, если к ним обращался президент.

Николая Николаевича интересовало в институте все: направление научных исследований, обеспеченность кадрами высшей квалификации, возрастной состав научных сотрудников, материальная база института и перспективы ее развития, издательская деятельность, работа специализированного совета, его загруженность, из каких регионов страны преимущественно поступают диссертации на защиту, какой процент отсева диссертаций в ВАКе.

По реакции президента на мои ответы я понял, что он ими доволен. Я ничего не приукрашал, но и не преуменьшал, сказав, что институт прочно занял место головного в республике. Обеспечен кадрами высшей квалификации, имеется хороший резерв. Имеются хорошие перспективы на развитие материальной базы в ближайшем будущем.

Зная Николая Николаевича как хирурга-онколога, я приготовил рентгенограммы нескольких клинических наблюдений, которые могли бы его заинтересовать, лучше понять, чем мы занимаемся в институте, а также наши возможности.

Не преминул рассказать ему о склерозе предстательной железы как одной из причин инфравезикальной обструкции, не описанной ранее. На экскреторных урограммах показал ему эффективность предложенного нами оперативного метода лечения. Не скрою, Николай Николаевич рассматривал рентгенограммы, сделанные до и после операции, с большой заинтересованностью.

Урологический корпус Н.Н.Блохин посмотрел бегло.

Вечером министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко пригласил меня на ужин, который он давал в честь Н.Н.Блохина. Гостей было четверо.

Видимо, все основные деловые вопросы обсуждались ранее, при посещении министром и президентом руководителей Компартии и правительства Украины. Видимо, они обо всем договорились, были довольны, и настроение у них было прекрасное. Ужин прошел непринужденно. Обсуждения научных проблем сменялись разговорами на житейские темы, как водится, не обошлось без анекдотов.

Николай Николаевич рассказывал о многочисленных поездках по Союзу и за рубеж. О встречах с выдающимися людьми современности, которые активно влияют на жизнь планеты. Рассказчик он был отменный.

На этой встрече я узнал, что министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко и президент АМН СССР Н.Н.Блохин поддерживают идею создания Юго-Западного филиала АМН СССР. Будут совместно работать в этом направлении.

Спустя несколько дней, по заданию академика Н.Н.Блохина, наш институт посетил вице-президент АМН СССР Анатолий Иванович Рыбаков, стоматолог по специальности, в сопровождении профессора Николая Федоровича Данилевского. Цель визита — знакомство с работой института.

Анатолий Иванович очень подробно интересовался состоянием и работой института. Вместе с Любомиром Антоновичем Пыригом мы показали ему урологический и лабораторный корпуса. С балкона урологического корпуса осмотрели площадку строящегося нефрологического корпуса, который был доведен тогда до 5-го этажа. Наш гость внимательно осмотрел все без исключения клиники, эндоскопические, операционные, лаборатории, рентгенкабинеты, библиотеку, консультативную поликлинику, радиоизотопное отделение, виварий. Задержался в лаборатории электрофизиологии мочевой системы, где проводилось исследование больных с нейрогенным мочевым пузырем и инфравезикальной обструкцией. Беседовал с некоторыми больными о качестве обслуживания в институте.

У меня в кабинете он интересовался штатами, подготовкой научных кадров высшей квалификации, работой специализированного совета. Его внимание привлекли законченные научные работы по трансплантологии, мужскому бесплодию, андрологии, гломеруло-нефриту. Вице-президент Академии подробно расспросил, за что сотрудники института получили три Государственные премии и Переходящее Красное Знамя МЗ СССР. Академик пожелал посмотреть книгу отзывов отечественных и иностранных гостей.

Я же воспользовался визитом высокого гостя и продемонстрировал ему результаты оперативного лечения гидронефроза, уретерогидронефроза и склероза предстательной железы. Видимо, мое сообщение его заинтересовало, ибо вскоре я получил приглашение выступить с докладом на заседании клинического отделения АМН СССР. (Я представил впоследствии доклад «Склероз предстательной железы как инфравезикальная обструкция»).

Любомир Антонович Пыриг очень толково, сжато и конкретно рассказал о запланированных научных исследованиях на ближайшие годы, перспективах издательской деятельности института, участии сотрудников в урологических, нефрологических и сексологических форумах у нас в стране и за рубежом.

Наступило время спросить Анатолия Ивановича о цели визита вице-президента АМН СССР в институт после визита президента. Он подтвердил, что в правительственных кругах обсуждается вопрос о создании Юго-Западного филиала Академии медицинских наук СССР с управлением в Киеве. Его задача — сугубо ознакомительная — предварительно наметить институты, которые можно было бы включить в филиал.

На вопрос, что значит «Юго-Западный филиал», он точно не мог ответить, сказав лишь, что это один из вариантов названия, и пока, скорее, рабочее название предстоящего плана реформирования АМН СССР.

По отношению вице-президента Академии медицинских наук СССР А.И.Рыбакова к осмотру института мы поняли, что наши ученые произвели на него благоприятное впечатление. Он обещал нам свою поддержку.

Как мне стало известно потом, он посетил еще ряд научно-исследовательских институтов, но осмотрел их бегло.

Вскоре началась «перестройка», которая закончилась распадом Советского Союза. Проблема создания Юго-Западного филиала АМН СССР отпала сама собой. В независимой Украине была создана Академия медицинских наук Украины, идея и почва для которой были подготовлены украинскими учеными научно-исследовательских и кадровых медицинских институтов Министерства здравоохранения Украины в 60-е и 80-е годы XX века.

ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ — НАУЧНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПРИЗНАНИЕ

Киевский институт урологии и нефрологии к 1980-м годам, то есть к своему 20-летию, превратился в крупнейший научный и лечебный урологический, нефрологический и сексологический центр СССР.

Структура института постоянно совершенствовалась. В 1986 году она была следующей:

- дирекция института и научный отдел;
- экспериментально-лабораторный отдел с виварием;
- клинический отдел на 430 коек (190 коек в корпусах института и 240 — на базах клинических больниц г. Киева и области);
- консультативная поликлиника с современной лабораторно-рентгенорадиоизотопной службой;
- научно-организационный отдел (лаборатория эпидемиологии с библиотекой, группой информации и патентоведом);
- хозяйственная служба.

Здания института были новыми. Размещение научных сотрудников было приличным, а в отделении трансплантации почки — отличным, поскольку оно специально проектировалось и строилось для особых требований трансплантации почки.

Поликлиника института на 200 посещений в сутки. В ней ежегодно принимали от 8 000 до 12 000 больных уронефрологического и сексологического профиля. При необходимости в один-два дня можно было провести комплексное урологическое обследование больного — помещения и аппаратура позволяли. Это было важно для иногородних больных. В работе консультативной поликлиники принимали участие все научные специалисты института.

В отделения института госпитализировали ежегодно 6 500—7 000 больных. Из них 65—68% оперировались. Производили оперативные вмешательства, какие нельзя было выполнить в областях — повторные, на единственной почке, по поводу двусторонней патологии почек, трансплантации и ауто трансплантации почки, оригиналь-

ные и пионерные операции. На многие оригинальные операции были получены авторские свидетельства и патенты.

Я приучал своих сотрудников к мысли, что у нас «простых» больных и «простых» операций не бывает, что институт является высшей уронефросексологической инстанцией в Украине, что мы в институте должны владеть всеми методами исследований и постоянно внедрять самые разнообразные современные методы лечения, включая оперативные. Судя по тому, как развивался институт, сотрудники меня поддерживали и понимали. Мы вместе думали, сомневались, обсуждали, и в результате образовался большой коллектив профессионалов.

Ведущие профессора и специалисты института были назначены главными специалистами Министерства здравоохранения Украины:

- В.С.Карпенко — главный уролог;
- Л.А.Пыриг — главный нефролог;
- И.Ф.Юнда — главный сексолог;
- Е.Я.Баран — главный трансплантолог;
- А.В.Терещенко — главный детский уролог;
- Г.В.Багдасарова — главный детский нефролог;
- Д.А.Сеймивский — главный детский уролог с 1993 года;
- И.С.Камышан — главный фтизиуролог;
- И.А.Клименко — главный уроонколог.

Работа главных специалистов в консультативной поликлинике института позволяла им видеть состояние уронефросексологической помощи в Украине, ее положительные и отрицательные стороны.

Это была постоянная, конкретная и эффективная помощь ученых института врачам на местах в совершенствовании диагностики и лечения больных.

В то время мы начали разрабатывать централизованную диспансеризацию.

Мы подбирали конкретный материал для работы со специалистами на местах. Я подчеркивал, чтобы эту помощь наши специалисты проводили деликатно, коллегиально, обосновывая научно, не умаляя личности врача, даже начинающего, не отпугивая от сотрудничества с институтом.

Ведущие специалисты института вместе со специалистами медицинских институтов и работниками Министерства здравоохранения Украины входили в состав республиканской проблемной комиссии «Урология и нефрология», которая обладала большими консультативными, экспертными и рекомендательными полномочиями, направленными на развитие науки, специализированной помощи, совершенствование уронефросексологической сети, подготовку кадров для здравоохранения и научных учреждений.

Члены республиканской проблемной комиссии обсуждали перспективные планы развития науки, учитывая международные тенденции.

Республиканская проблемная комиссия «Урология и нефрология» через своих членов активно влияла на научно-практическую тематику пленумов, съездов, конференций, симпозиумов с учетом потребностей каждого региона и периода. Это была живая и действенная связь науки и практического здравоохранения.

В институте рождались новые научные идеи, которые активно влияли на качество специализированной уронефросексологической помощи населению и не только в Украине. Все, что считали новым и рациональным, мы целенаправленно внедряли в практику. Вместе с тем, по оснащенности диагностической аппаратурой мы отставали от Запада.

Л.П.Павлова и ее коллектив плодотворно и систематически изучали уровень и структуру урологической заболеваемости, провели разработку нормативной потребности в стационарной и амбулаторной помощи населению. Их обобщающие работы были направлены на совершенствование службы в республике, а также в Союзе. По заданию МЗ СССР институт принимал участие в подготовке проекта приказа № 50, который на 10—15 лет определил перспективу развития здравоохранения в Союзе и Украине.

Урологическая заболеваемость по отношению ко всей заболеваемости составляла 1%. В статистических отчетах городских больниц, кроме мочекаменной болезни и пиелонефрита, другие нозологические формы не выделяли.

Нами было показано, что, несмотря на небольшой удельный вес уронефрологических болезней в структуре заболеваемости в целом, они обуславливают высокую инвалидность и смертность, в том числе пациентов молодого возраста. Главное — были показаны поэтапные пути снижения этих показателей, которые легли в основу нормативных приказов по Министерству здравоохранения СССР и УССР.

Институту удавалось подбирать перспективные кадры. Среди профессоров и руководителей структурных подразделений много тех, кто кандидатскую и докторскую диссертации написал в институте.

Сменяемость научных кадров не превышала 10%. С 1969 по 1987 год, то есть за время моего директорства, в институте было подготовлено 26 докторов и более 80 кандидатов наук.

Равномерно, планово, а главное, в соответствии с результатами работы, шло продвижение перспективных сотрудников: аспирантура (клиническая ординатура) — младший научный сотрудник — старший научный сотрудник — руководитель структурного подразделения.

В 1985 году в институте, согласно справки министерства, научную степень имели 74,9% сотрудников, тогда как в среднем по НИИ Минздрава Украины этот показатель составил 57,3%. Из 20 сотрудников, не имевших научной степени, 13 были недавно приняты на работу и только осваивали работу в институте.

Многие доктора наук уходили из института на повышение: Н.Т.Терехов — директором НИИ гематологии, А.Д.Годоренко — вторым профессором кафедры терапии в Институт усовершенствования врачей, В.П.Чернышов — заведующим лабораторией в Институт педиатрии, акушерства и гинекологии, В.Я.Персидский — заведующим лабораторией в Институт инфекционных болезней, А.К.Наприенко — вначале доцентом, а затем заведующим кафедрой психиатрии в институте, А.Т.Носов — заведующим лабораторией морфологии в Институт нейрохирургии, В.Н.Зеляк — заведующим кафедрой урологии в Ивано-Франковский медицинский институт, Ц.К.Боржиевский — заведующим кафедрой урологии во Львовский медицинский институт, Ю.А.Гайдаев — главным врачом Киевской клинической больницы скорой помощи.

На заведование урологическими отделениями были рекомендованы кандидаты медицинских наук: Н.Д.Зайченко, П.Л.Плужников, Б.В.Лысенко, А.Д.Гринько, Р.А.Кузьменко, А.Д.Алехин, Ю.Е.Сергейчук, В.В.Сорочинский, О.П.Богатов. В больнице «Киевгорстроя» С.В.Денисенко организовал отличное отделение репродукции.

На новом месте не все себя проявили, но большинство работало хорошо и поддерживало с нами связь.

В 1970—1980-е годы среди урологов Советского Союза значительно повысился интерес к институту. В течение года у нас бывало до 150—180 врачей, курсантов, аспирантов по урологии, нефрологии, сексологии, радиологии, биохимии, микробиологии, электрофизиологии мочеполовой системы, рентгенологии.

По трансплантации почек мы подготовили полностью две бригады трансплантологов, врачей по гемодиализу, сестер операционных, сестер по гемодиализу, лаборантов по трансплантационному иммунитету. Эти бригады во Львове и Донецке вначале с нашей помощью, а затем самостоятельно, производили плановые трансплантации почек.

Влияние института на подготовку кадров урологов высшей квалификации возросло в 1976 году. В этом году произошли два важных события: Минздрав СССР утвердил меня членом редколлегии журнала «Урология и нефрология»; ВАК СССР утвердил в институте специализированный совет по защите докторских диссертаций по специальности «урология».

В качестве оппонентов на защитах диссертаций в институте побывали все наиболее видные урологи нашей страны того времени. За 11 лет моего руководства специализированным советом в нем были защищены 188 докторских и кандидатских диссертаций. Ни одна из них ВАКом не была отвергнута. Мы старались помочь диссертантам, особенно врачам практического здравоохранения, если у них были сложности: неумение выделить главное, свое, новое; помогали сформулировать выводы и т.д.

В 1971 году приказом №50 министра здравоохранения СССР академика Б.В.Петровского в институтах I категории были созданы кафедры урологии. Я принимал непосредственное участие в открытии кафедр в медицинских институтах Одессы, Донецка, Днепропетровска, Львова и Луганска. На кафедры пришла способная молодежь. Поэтому в Украине стало готовиться много кандидатов, а затем и докторов наук.

Работа защитного совета была большой школой для сотрудников института. На заседаниях совета они знакомились с новыми научными тенденциями в урологии. Выслушивая диссертантов и отзывы оппонентов, ведущих ученых страны, наши молодые сотрудники задавали себе вопрос: «А я что, хуже?» Как только им утверждали тему диссертации, они с энтузиазмом работали над ней.

По моей инициативе в институте было открыто три новых отделения: детское уронефрологическое отделение во главе с профессором А.В.Терещенко; отделение трансплантации почек с лабораторией гемодиализа, заведующий — профессор Е.Я.Баран, сосудистой урологии, заведующий — профессор А.С.Переверзев. Последние два отделения я выделил из своего, когда выросли молодые доктора наук. и им стало можно и нужно предоставить самостоятельность. Кроме того, была создана хорошая рентгенорадиологическая служба.

Испытывали ли мы трудности в работе?

Да. Испытывали. И значительные.

С конца 1970-х годов начало ощущаться недостаточное финансирование института, особенно после начала войны в Афганистане, на которую ежедневно уходили огромные средства. Брала их не из военно-промышленного комплекса, а из социальных статей бюджета — науки, здравоохранения, народного образования.

Из официальных документов было известно, что в системе МЗ УССР в 1985 году находилось 43 научно-исследовательских института, в которых работали 3 273 научных сотрудника. С 1981 года на все институты в год выделялось от 22 767 000 до 24 153 000 руб., то есть на одного научного сотрудника в год приходилось 6 900—

7 300 руб. В эту сумму входила зарплата, стоимость аппаратуры, приобретение и содержание животных в виварии, литература для библиотеки, канцтовары, научные командировки и т.д. Суммы мизерные. Хоздоговоров промышленные предприятия с Институтом урологии и нефрологии не заключали: не те проблемы.

Минздрав УССР фактически не имел валюты первой категории. Частично выручала финансовая практика министерства. Часть средств, выделяемых на науку, министерство оставляло в резерве. Из резерва оно выделяло институтам дополнительные средства для приобретения отечественной аппаратуры, которую иногда не могли запустить даже представители завода-изготовителя, не говоря о работниках медтехники. У нас такой была гамма-камера Киевского завода медаппаратуры, за которую МЗ Украины заплатил 250 000 руб. Вернуть деньги не удалось — завод сидел на картотеке.

Счастливыми были те, кто по каким-то, ведомым только им каналам, приобретали за валюту импортную аппаратуру и выходили на международный уровень исследований.

Им завидовали. Иногда в их числе был и наш институт. Но только иногда.

Средства в рублях для нового строительства удавалось получать в достаточном количестве. К марту 1987 года институт размещался в четырех современных корпусах. 5-й — детская уронефрологическая клиника на 80 коек — прошел все инстанции утверждения и был принят к строительству.

Последующие изменения в стране отрицательно сказались на начале строительства, а потом начался экономический кризис... Долгострою... 16 лет.

К своему двадцатилетию в 1985 году Институт урологии и нефрологии пришел зрелым учреждением. Четко определилась научная тематика, в которой наши специалисты-профессора стали признанными авторитетами: Л.А.Пыриг, Н.Т.Терехов, И.И.Горпинченко, И.Ф.Юнда, Ю.Г.Единый, Л.П.Павлова, Н.М.Петрунь, А.С.Переверзев, В.С.Дзюрак, Л.П.Имшинецкая, И.А.Клименко, В.А.Сакало, Г.Ф.Колесников, А.М.Романенко, А.В.Терещенко, Е.Я.Баран, И.С.Камышан, В.А.Пирогов, А.В.Руденко, Г.Н.Дранник, В.П.Чернышов, А.Т.Носов, Н.Я.Мельман и др.

В течение 1969—1987 годов в Союзе не было ни одного уронефрологического и сексологического форума, на котором бы наши ученые не принимали участия как докладчики, участники дискуссий, председатели, ведущие заседания, составители основных документов. Мы принимали участие во всех урологических мероприятиях,

которые активно влияли на развитие урологической науки и службы в Советском Союзе.

Профессор В.И.Шумаков 27 апреля 1975 года известил меня, что постановлением Президиума АМН СССР я утвержден членом научного совета по трансплантологии и искусственным органам АМН СССР.

1985 год для меня был приятен тем, что Президиум АМН СССР утвердил состав научного совета по урологии и оперативной нефрологии и входящих в него проблемных комиссий, назначив меня заместителем председателя Бюро научного совета (председатель Н.А.Лопаткин), а также членом проблемной комиссии «Вазоренальные заболевания и нефрогенная гипертония».

Из редакции Большой медицинской энциклопедии за подписью заместителя главного редактора профессора И.П.Лидова меня известили, что «по представлению редотдела я утвержден редактором редакционного отдела БМЭ «Урология». В письме было сказано, что редакционная коллегия БМЭ надеется, что мой опыт и эрудиция будут способствовать успешному решению ответственных задач по подготовке и выпуску в свет советских медицинских энциклопедий».

Период с 1956 по 1987 год был для меня, если так можно выразиться, звездным периодом в профессиональной деятельности — мне все удавалось.

Занимаясь интенсивной хирургической деятельностью, я одновременно успешно вел разностороннюю административную и общественную работу.

Мои основные усилия и усилия сотрудников института были сосредоточены на развитии и совершенствовании методов лечения уронефрологических и сексологических заболеваний на всех уровнях, их внедрении в практику здравоохранения.

Об обширности и разносторонности научной тематики в институте свидетельствуют 46 выполненных комплексных плановых работ, посвященных почечной недостаточности, больным с единственной почкой, двусторонней патологии почек, трансплантации и ауто трансплантации почек, гломерулонефриту, первичному и вторичному пиелонефриту, трансплантационному иммунитету, врожденным заболеваниям почек и мочевых путей, ренальной и вазоренальной гипертензии, мужскому бесплодию, простатиту, аденоме, раку и склерозу предстательной железы; раку мочевого пузыря и др.

В это время было сделано много сложных, очень сложных и пионерных операций, в том числе таких, которые были сделаны впервые в мире и стране. О них я и мои сотрудники докладывали на обществе урологов и научных конференциях института.

Научные сотрудники института постоянно занимались проблемами, которые реально влияли на развитие специализированной уро-нефросексологической помощи населению Украины, о чем свидетельствуют публикации и материалы съездов.

Постоянно расширялась география научных контактов института с другими научными учреждениями, в частности Всесоюзным онкологическим центром, Ленинградским институтом онкологии, Институтом физхимии и углехимии, а также Институтом физики АН УССР. Исследования по мочекаменной болезни велись совместно с Йенским университетом (ГДР).

С 1973 по 1987 год сотрудниками института опубликовано 47 монографий, руководств, справочников, пособий, а также многочисленные внедренческие документы: информационные листы и методические рекомендации. Почти все научные работы заканчивались получением авторских свидетельств или патентов на изобретение.

Издавалась литература в помощь начинающим урологам, нефрологам, сексологам. Это была важная работа, поскольку в те годы интенсивно развивалась уронефрологическая служба в областях.

За два указанных десятилетия опубликованы более 1 500 статей: 12% — в союзных журналах, 14% — в республиканских изданиях, 12,5% — в зарубежной периодической печати, 61,5% — в материалах съездов, конференций, сборниках в Украине и других республиках СССР.

Начиная с 1964 года в Украине ежегодно издавался республиканский межведомственный сборник «Урология». Первым его редактором была О.В.Проскура.

С 5 по 21 номер включительно сборник редактировал я при участии А.Д.Тодоренко и И.С.Камышана.

Каждый сборник был посвящен 2—3 темам; носил научно-практический характер, в нем часто публиковались диссертанты.

Для издательства «Здоров'я» выпуск сборника ввиду небольшого тиража был убыточным, институт постоянно доплачивал небольшие суммы издательству. Однако сборник никогда не залеживался на прилавках магазинов.

Сборники «Урология» были посвящены: функциональным методам диагностики, почечной недостаточности, уротуберкулезу, уроонкологии, детской урологии, заболеваниям простаты: простатиту, аденоме, склерозу и раку, трансплантации почки, ренальной и вазоренальной гипертензии, воспалительным заболеваниям почек и мочевого пузыря, врожденным заболеваниям почек и мочеточников.

Из перечня тематики сборника видно, что она была посвящена актуальным для своего времени проблемам, когда мы особенно испытывали «голод» на урологическую литературу.

Вплотную занимаясь подготовкой съездов, конференций и пленумов урологов, я разработал четкий план их подготовки, состоящий из 4 этапов.

1 этап — за 2 года определялась тематика съезда, утверждалась на правлении общества, вносилась в план министерства, рассылалась руководителям клиник, главным урологам республик и областей с указанием даты и места проведения съезда и т.д.

2 этап — за 6—7 месяцев до начала работы собирали доклады, редактировали и составляли проекты рекомендаций по каждой проблеме. Монтировались материалы, утверждались ведущие докладчики и председатели секций.

3 этап — за 2—5 месяцев до начала работы форума печатались все материалы форума, определялся размер делегатского взноса, составлялись различные комиссии и секретариат съезда. Снимали зал для проведения форума, заказывали бронь в гостиницах, договаривались об обслуживании съездов (концерт, товарищеский ужин, буфеты, гардероб, электрики, сантехники и т.д.).

4 этап — 3—4 дня проведения самого съезда.

Из сотрудников института я обычно выделял 4—5 гидов по городу. Для этого использовались люди, хорошо знавшие город и иностранные языки, так как среди гостей съезда были иногда иностранцы, нередко с женами. Для жен делегатов была предусмотрена специальная программа.

Под моим руководством с 1969 по 1987 год было проведено три съезда урологов Украины (II — Киев, 1973; III — Днепропетровск, 1980; IV — Киев, 1985). В 1978 году в Киеве был проведен II Всесоюзный съезд урологов, подготовка к которому легла на меня и моих сотрудников.

Проведено 4 пленума урологов Украины (в Черкассах, Донецке, Киеве, Львове), 2 симпозиума — по литолизу камней и склерозу предстательной железы, а также 2 республиканские конференции по пластической урологии.

В проведении урологических съездов и республиканских конференций были свои особенности. Была масса бюрократических регламентов: число участников, места в гостиницах, бумага для материалов, тираж издания и его объем. Министерство здравоохранения УССР не давало дотаций для проведения съездов. Все решалось за счет членских и делегатских взносов, которые нужно было получить за 1—1,5 месяца до проведения форума.

Делегатские деньги строго контролировались. Их тратили на бронь в гостиницах, издание материалов, блокноты, ручки, путеводители по Киеву, такси для встречи делегатов в аэропортах, вокзале, автобусных станциях, билеты в музеи, на экскурсии, оплату сотрудникам железнодорожных и авиационных касс, которых мы приглашали в фойе съезда. Арендовать зал иногда удавалось бесплатно, иногда — за символическую плату, а иногда — за полную стоимость.

Открытие II Всесоюзного съезда урологов в 1978 году происходило в театре оперы и балета, который незадолго до этого был отреставрирован.

После 45-минутной официальной части был дан концерт ведущими киевскими солистами и артистами других театров. Концерт прошел блестяще, публика была довольна. Артистам устраивали овации, дарили цветы.

Заседания Всесоюзного съезда урологов проводились в роскошном зале Министерства торговли в центре города на Львовской площади.

Товарищеский ужин проходил в ресторане «Метро». Прелесть вечера состояла в том, что с 20³⁰ до 21³⁰ прекращалась «выпивка и закуска», гости наслаждались мастерством артистов варьете. Артистам и певцам можно было заказать песню для друзей. Обычно это делали делегации одной республики для другой — конечно, за плату. Но это было красиво.

Будучи в следующем, 1979 году, на 18-м Международном конгрессе урологов в Париже, где, кстати, делегатов конгресса принимал мэр Парижа Жак Ширак, будущий президент Франции, многие иностранные делегаты подходили ко мне и благодарили за хорошо проведенный съезд урологов в Киеве и за все то, что было с ним связано, особенно за выступления наших знаменитых вокалистов Е.Мирошниченко, М.Стефьук, Д.Гнатюка, А.Соловьяненко.

Членские и делегатские взносы, если делегатов было много, позволяли провести съезд на достаточно высоком уровне с публикацией печатных материалов, товарищеским ужином и концертом в день открытия съезда.

Особенность съездов урологов Украины состояла в том, что на них дополнительно приезжали 200—300 урологов со всех концов Советского Союза. В работе съездов принимали участие все ведущие урологи страны. Это создавало высокий авторитет съездам урологов Украины и принятым на съезде рекомендациям.

Одной из важных особенностей урологических съездов Украины явилось то, что первым вопросом был организационный, отно-

сившийся к развитию урологии, урологической службы, подготовке кадров урологов, оказанию специализированной помощи населению и т.д., которые были одинаково важными для всех республик.

Каждый съезд был вехой в развитии урологии страны. Рекомендации съездов высылались во все республиканские урологические общества.

Изучение программных вопросов съездов, пленумов, конференций урологов Украины свидетельствует о том, что правление республиканского общества урологов выбирало тематику с учетом состояния урологической науки в мире и потребностей урологической службы в стране.

В преддверии двадцатилетия института я пригласил руководителей отделений и лабораторий для обсуждения вопроса о создании музея института. Мое предложение было принято с энтузиазмом, поскольку эта идея зрела в коллективе.

Выяснилось, что в коллективах есть достаточное количество документов. Подходящее помещение я подготовил на первом этаже, в административной части урологического корпуса.

В качестве заведующей музея на общественных началах мы выбрали кандидата биологических наук Людмилу Ивановну Добровольскую. И не ошиблись. Она энергично взялась за организацию музея. Пригласила музейных работников. Узнала от них общие принципы создания музея в научно-исследовательских институтах. Заказала специальную мебель. В течение года она создала музей. Состоялось его торжественное открытие.

На стендах отражены научные направления института, опубликованные монографии, статьи, полученные авторские свидетельства, документы об общественном признании ученых института — Государственные премии, дипломы, подготовка специалистов высшей квалификации и т.д. Представлены документы по организации институтом помощи органам практического здравоохранения.

На многочисленных фотографиях запечатлены отдельные моменты работы клиник, лабораторий, консультативной поликлиники, библиотеки, хозяйственной службы, отдельные этапы строительства институтских зданий.

Представлена работа ученого и защитного советов. Кроме того, созданы альбомы с фотографиями почти всех сотрудников института. Фотографии всех лауреатов Государственной премии и премии ЦК комсомола Украины, которой удостоились наши молодые ученые.

Музей отражал историю института от начала его основания в 1965 году до 1985 года. Сотрудники института посещали музей с

большим интересом, ибо на стендах была часть их жизни. Важно отметить, что работники института, особенно ветераны, постоянно приносили какие-то новые документы, фотографии, давали пояснения по поводу некоторых экспозиций. Все мы убедились, какое большое воспитательное значение имеет музей — история нашего коллектива. Экспозицию музея с большим интересом осматривали наши многочисленные гости.

Государственные премии

Первым лауреатом Государственной премии Украины в институте стал профессор Ю.Г.Единь. Он впервые в мире предложил использовать электрогидравлический эффект Юдкина, разработанный для разрушения скальных пород, для дробления камней в мочевом пузыре.

Под его руководством группа инженеров (А.Г.Балаев, П.М.Василенко, В.А.Зинченко, М.А.Король) разработала и создала макет специального аппарата «Урат I» и цистоскоп. Профессор Ю.Г.Единь разработал метод электрогидравлической цистолитотрипсии, испытал его в эксперименте, и внедрил в клинику. В последующем свой опыт он обобщил в докторской диссертации и в монографии.

Утверждение изобретенного Ю.Г.Единь аппарата, названного им «Урат I», проходило в Москве, в Государственном комитете по делам изобретений и открытий СССР. Проходило оно долго. Потребовало массу физических и моральных сил, напряжения и воли. В Москве наряду с аппаратом «Урат I» фигурировал аппарат изобретателя Розе из Прибалтики. В процессе многократных разбирательств в конечном итоге Государственный комитет СССР по делам изобретений и открытий выдал профессору Ю.Г.Единь и его коллективу авторское свидетельство на аппарат «Урат I» и метод электрогидравлического разрушения камней в мочевом пузыре.

Метод камнедробления получил широкое признание и мировое распространение. Аппаратом «Урат I» пользовались во Франции, США, Германии, Японии. По приглашению испанского уролога профессора Пуйжверта Ю.Г.Единь ездил в Испанию демонстрировать работу аппарата «Урат I». Цистолитотрипсия по методу Юрия Григорьевича Единь получила высокую оценку испанских урологов. Мне было известно, что некоторые московские урологи ездили внедрять метод электрогидравлической цистолитотрипсии в Германию, страны Северной Африки. В 1973 году, будучи в Японии, я видел аппараты

«Урат I» в нескольких лечебных учреждениях. Отзывы об электрогидравлической цистолитотрипсии были положительными. Однако японские урологи отмечали, что после 2—3 манипуляций цистолитотрипсией выходили из строя электроды. Выписать же электроды из СССР — дело сложное и длительное. Впервые японские врачи узнали об изобретателе профессоре Ю.Г.Едино от меня в 1973 году.

Получалось так, что выдающееся медицинское изобретение осталось без имени автора. Мне это показалось ущемлением интересов автора и советской науки.

По приезду в Киев я написал об этом письмо редактору журнала «Урология и нефрология» профессору А.Я.Пытелю, просил его на страницах журнала, пусть с опозданием, опубликовать статью Ю.Г.Едино о аппарате и разработанном им электрогидравлическом методе разрушения камней мочевого пузыря.

От А.Я.Пытеля я получил ответ, в котором он категорически отказывался опубликовать статью Ю.Г.Едино, поскольку в период обсуждения изобретения в Комитете по делам изобретений и открытий он поддерживал альтернативный аппарат Розе. Отказ в публикации материалов об аппарате «Урат I» и электрогидравлической цистолитотрипсии на страницах журнала «Урология и нефрология» был логическим завершением позиции редактора.

Я считал эту позицию профессора А.Я.Пытеля ошибочной. Раз Государственный комитет СССР по делам изобретений и открытий выдал патент профессору Ю.Г.Едино, журнал «Урология и нефрология» обязан был сообщить об этом аппарате и методе урологам и пропагандировать опыт изобретателей. В то время, как и сейчас, было не так много изобретений отечественных медиков, которые бы приобретали мировое значение.

Мне стало ясно, имя Ю.Г.Едино остается в тени. Аппарат преподносится как изделие завода медицинского оборудования «Красногвардеец» в Ленинграде. На основе изобретения Ю.Г.Едино были созданы аппараты «Байкал» для дробления камней в мочеточнике. Для дробления камней в почках на этом принципе было создано несколько моделей аппаратов во Франции, Германии, США. Изобретение профессора Ю.Г.Едино оказалось судьбоносным для развития методов камнедробления в урологии.

В борьбе за свое изобретение, за внедрение метода разрушения камней в мочевом пузыре, за внедрение аппарата в серийное производство Ю.Г.Единь тяжело заболел. Язва желудка осложнилась угрожающим кровотечением. Его оперировал профессор В.Д.Братусь. Послеоперационный период протекал тяжело. В довершение

всего у него обострился туберкулез легких, по поводу которого он лечился на протяжении многих лет.

Между тем случилось неординарное для того времени событие. Американская фирма, производящая медицинскую аппаратуру, решила приобрести лицензию на аппарат «Урат I».

Минздрав СССР выразил готовность продать лицензию. Но не тут-то было. Американцы хотят купить изобретение только у авторов, то есть у изобретателей аппарата, во избежание нарушения авторских прав и возможных судебных разбирательств.

Министерские чиновники объясняли американцам, что по законам СССР Минздрав имеет право продавать лицензии на изобретения, поскольку у нас действует приоритет государства, а не авторское право. Поэтому в будущем исключены всякие претензии изобретателей к фирме.

Американцы стояли на своем.

Министерских чиновников интересовали 250 000 долларов, которые американцы согласились заплатить за лицензию на «Урат I». Чиновникам ничего не оставалось, как пригласить профессора Ю.Г.Едино для завершения сделки на продажу лицензии американцам. По возвращении из Москвы Ю.Г.Единь рассказал мне следующее о процедуре оформления сделки.

Его вместе с чиновниками МЗ СССР пригласили в американское посольство. Предложили дать клятвенные заверения, что к фирме, которая начнет выпускать аппарат «Урат I» по лицензии, проданной Министерством здравоохранения СССР, никто не предъявит финансовых претензий. В случае возникновения таковых он, Ю.Г.Единь, должен будет выступить в защиту интересов фирмы. Была подготовлена соответствующая бумага, которую он подписал. Вся эта процедура проходила в посольстве США на фоне большого портрета действующего президента США Р.Никсона.

Вскоре все разъехались.

В результате сделки с американцами Министерство здравоохранения СССР получило 250 000 долларов, из которых Ю.Г.Едино выделили 5 000 долларов. После вычетов и уплаты налога его доля оказалась мизерной. Она не восполнила и 10% материальных затрат, которые он лично из своей зарплаты потратил в период работы над созданием макета аппарата «Урат I». Сделка с лицензией — вопиющий грабеж ученого-изобретателя.

Министерские чиновники, окажись они более дальновидными, должны бы изыскать средства на дальнейшую разработку проблем камнедробления в мочеточниках и почках. В начале 1980-х годов

СССР был бы монополистом в выпуске аппаратуры для дробления камней в мочевом пузыре. На этой основе несложно было создать аппараты для дробления камней в почках и мочеточниках. МЗ СССР получил 250 000 долларов, страна потеряла сотни миллионов.

Выслушав исповедь профессора Ю.Г.Единоного об одиссее аппарата «Урат I», я начал думать, как компенсировать ему хотя бы моральные издержки.

Я поделился своими мыслями об этом дома, в кругу семьи. Алексей предложил подать на Государственную премию. Союзную? Вряд ли получится. Республиканскую? Должно бы получиться. Утром я обсудил этот вопрос с профессором Л.А.Пыригом. Он горячо поддержал идею выдвижения аппарата «Урат I» на Государственную премию Украины.

Как было принято, эту идею я обсудил с министром здравоохранения, секретарем горкома Дмитрием Богдановичем Головки, с Феликсом Михайловичем Рудичем в отделе науки ЦК Компартии Украины. Все инстанции идею поддержали.

На совете института поставил вопрос о выдвижении работ профессора Ю.Г.Единоного и его соавторов по разработке аппарата «Урат I» и внедрению метода электрогидравлической цистолитотрипсии на Государственную премию УССР.

Подобная акция на совете института проводилась впервые и прошла успешно. Юрий Григорьевич, окрыленный поддержкой совета, начал готовить документы в Государственный комитет по государственным премиям Украины. Правилами Государственного комитета предусматривалось выдвигаемую работу публиковать в открытой печати — в газете.

Вскоре на горизонте замаячила тень Розе. Кроме того, приехал представитель Юдкина для обсуждения с Ю.Г.Единым вопроса о включении их кандидатур в список лиц, поданных на Государственную премию.

Свой отказ Ю.Г.Единь мотивировал тем, что в свое время Розе сделал все, чтобы опорочить аппарат «Урат I». Розе обещал своими письмами в Комитет по государственным премиям Украины добиться отрицательного решения. Представитель Юдкина, узнав подробности представления документов в Комитет, снял свои претензии на участие. Юрий Григорьевич, не ожидая, пока Розе напишет порочащие письма, забрал документы из Комитета по Государственным премиям. Розе не имело смысла писать письмо в Комитет. Юрий Григорьевич, несколько изменив название темы, на следующий год вновь подал документы в Комитет по государственным премиям

Украины. Институт и на этот раз его поддержал. В новом названии темы значился не аппарат «Урат I», а метод электрогидравлической цистолитотрипсии, который Ю.Г.Единь разработал единолично.

Помню, в период предварительного рассмотрения материалов Ю.Г.Единоного в Комитете по государственным премиям мне позвонил президент Академии наук Украины Борис Евгеньевич Патон. Он хотел уточнить, действительно ли при этом методе разрушаются камни и не повреждается ли стенка мочевого пузыря. Для него как техника это невероятно. Я предложил президенту академии наук Украины посмотреть метод разрушения камней мочевого пузыря в клинических условиях. Сам он приехать не смог, но прислал своего представителя, профессора Коваленко, который присутствовал на трех операциях электрогидравлического камнедробления в мочевом пузыре. После операции он зашел ко мне со словами: «Это невероятно!», держа в руках три пробирки с осколками разрушенных камней и рентгеновскими снимками, сделанными до и после камнедробления.

— Это невероятно! — повторил еще раз и начал делиться своими впечатлениями от увиденного в операционной Юрия Григорьевича Единоного.

— Об этом вы расскажите президенту Академии наук Украины и покажите ему песок и рентгенограммы, — этими словами я закончил нашу беседу.

Как мне потом рассказывал один из членов комиссии по Государственным премиям Украины, демонстрация рентгенограмм и песка в пробирках рассеяла все сомнения и послужила поводом к единогласному присуждению Государственной премии профессору Юрию Григорьевичу Единоному. В институте все радовались. Ю.Г.Единь был первым директором института. Теперь он первый лауреат Государственной премии Украины из отечественных урологов.

70-е и 80-е годы XX века в историю СССР вошли как застойные годы. Это правильно для политиков, государственных чиновников, но не для медиков, которые подняли здравоохранение из послевоенных руин до современного уровня. Начиная с конца 1960-х годов, здравоохранение Украины, урологическая служба и наука интенсивно развивались. Эти годы для нашего института характеризовались становлением и развитием. Молодые ученые привлекались к разработке актуальных проблем урологии, нефрологии, сексопатологии, трансплантологии, андрологии, сосудистой урологии, детской уро-нефрологии. Невозможно готовить кадры высшей квалификации без развития науки, точно так же, как нельзя развивать науку без подготовки ученых высшей квалификации. Эти процессы взаимосвязаны

и постоянно контролировались мною как директором института, Высшей аттестационной комиссией, Государственным комитетом по делам изобретений и открытий, проблемными комиссиями Минздрава УССР и СССР.

Научные исследования постоянно обсуждались по мере их выполнения в институте, законченные работы рецензировались за его пределами. Кроме того, законченные работы в виде диссертаций, докладов, статей, монографий и т.д. постоянно рецензировались профессионалами в этой области.

В 1970-е и 1980-е годы в институте была хорошо отлажена система подготовки кадров высшей квалификации, начиная с отбора молодых специалистов после окончания института. Публиковалось достаточное количество статей, монографий, руководств, о чем свидетельствует библиографический справочник, выпущенный к IV съезду урологов Украины. Центральный комитет комсомола Украины наградила меня грамотой за работу по подготовке молодых кадров.

Сотрудники института были инициаторами различных конференций, симпозиумов, а также докладчиками у нас и за рубежом.

В конце 1970-х годов институт был утвержден головным научно-методическим центром, активно влияющим на развитие науки и уронефросексологической службы в стране и подготовку кадров высшей квалификации — кандидатов и докторов наук.

Интенсивно внедрялись в практическое здравоохранение результаты научных разработок сотрудников по проблемам заболеваний предстательной железы — простатита, аденомы, склероза.

В Украине в год выполнялось 12 000—13 500 операций на предстательной железе. Под моим влиянием в областных урологических центрах 80—90% операций аденомэктомии стали выполнять одномоментно, 9—11% — в неотложном порядке. Это значительно снизило послеоперационную смертность в целом по Украине, с 7,2 в 1974 до 2,8 в 1982 году. Это значило, что инициатива Главного уролога спасла жизни многим больным.

Мы впервые в урологической практике СССР (на пленуме урологов в Донецке) обсуждали экономические проблемы диагностики и хирургического лечения урологических заболеваний, привлекая к этому специалистов-экономистов. Только переход от двухмоментной к одномоментной аденомэктомии за счет сокращения сроков лечения больных в стационаре обернулся по Украине миллионной экономией, плюс сокращением послеоперационной смертности, плюс высвобождением коечного фонда.

Исследования этиологии, патогенеза, клиники, диагностики склероза предстательной железы были пионерными. Внедрение разработанных нами методов хирургического лечения склероза предстательной железы способствовало улучшению качества жизни многих молодых мужчин и возвращению их к активной социальной и трудовой жизни.

Мужским бесплодием, обусловленным заболеванием предстательной железы, в то время весьма успешно занимался профессор И.С.Юнда.

В начале 1983 года у меня возникла мысль представить наши научные разработки по заболеваниям предстательной железы (аденоме, простатиту, склерозу) на Государственную премию. Свою мысль я высказал в кругу заинтересованных ученых, которые занимались этими проблемами. Меня поддержали.

Поддержали меня министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко, секретарь Киевского горкома КПУ Д.Б.Головкин, Ф.М.Рудич — зав. отделом науки ЦК Компартии Украины.

Первый этап прошел успешно. Середина февраля. Документы в Комитет по государственным премиям нужно подать к 1 апреля. Времени в обрез.

В число претендентов на Государственную премию Украины я включил: В.С.Карпенко, И.Ф.Юнду, Л.П.Павлову, Г.Ф.Колесникова, А.С.Переверзева, В.П.Чернышова, П.С.Серняка, А.М.Романенко, А.В.Люлька и В.О.Кравчука из Ровно.

По случаю присуждения Государственной премии Украины я получил поздравительные телеграммы от президента Академии наук Украины академика Б.Е.Патона, министра здравоохранения Украины А.Е.Романенко, мэра города Киева В.А.Згурского.

Не скрою, было очень приятно получить поздравления от уважаемых людей за высокую оценку колоссального многолетнего труда, за которым стоят спасенные жизни людей, вернувшихся к активной социальной и трудовой деятельности.

В 1983 году в институте добавилось 6 новых лауреатов Государственной премии Украины. Их стало семь: профессора Ю.Г.Единый, В.С.Карпенко, И.Ф.Юнда, Л.П.Павлова, Г.Ф.Колесников, В.П.Чернышов и А.С.Переверзев.

Восьмым лауреатом Государственной премии Украины в институте стал профессор Н.М.Петрунь. Он проявил инициативу. Организовал коллектив ученых профессоров — К.Н.Веремеенко, Л.Л.Громашевскую, Н.Ф.Данилевского, которые занимались ферментами и изоферментами в медицине и внедрением их в практику здравоохранения.

ранения с положительными результатами. В 1985 году им была присуждена Государственная премия Украины.

В конце ноября и начале декабря 1983 года в составе делегации от общества «Украина» и «Дружба с зарубежными странами» я был в Соединенных Штатах Америки. Мэр города Балтимор Вильям Дональд Шефер вручил мне сертификат, провозглашающий меня Почетным Гражданином города Балтимор.

На второй день, когда мы посетили Балтиморский университет, декан университета на мой вопрос; «Как мэр города Балтимор, не зная меня, вручил мне такой почетный сертификат?», ответил:

— Когда мы узнали, что вы будете гостем нашего города, наши сотрудники по межбиблиотечной электронной картотеке подобрали основные ваши труды. Из них стало ясно, что в вашем лице мы видим крупного ученого и блестящего хирурга.

Комсомольцы нашего института во главе с секретарем комитета комсомола А.А.Поляковым стали лауреатами премии ЦК комсомола Украины за внедрение клеевых субстанций в урологию.

В начале 1980-х годов институт пользовался высоким авторитетом среди населения, партийного и Советского руководства города и республики.

В 1984 году мы заняли первое место в социалистическом соревновании среди научно-исследовательских институтов Союза и были награждены Переходящим Красным Знаменем МЗ СССР. В 1986 году за лидирующее место в соцсоревновании МЗ СССР наградило институт денежной премией.

Многие научные сотрудники нашего института (Ю.Г.Единый, И.Ф.Юнда, Л.А.Пыриг, Н.Т.Терехов, Н.М.Петрунь, В.С.Карпенко, М.Велигорская) были отмечены орденами. В.И.Пшегорницкому присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки». В 1971 году я был награжден орденом Трудового Красного Знамени, в 1976 — удостоен почетного звания Заслуженный деятель науки Украины, в 1980 году награжден высшей наградой СССР — орденом Ленина.

РЕДКОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА «УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ»

Журнал «Урология» основан в 1923 году и выходил регулярно, за исключением военных лет. В послевоенный период выходило 6 номеров в год объемом 7,35—9,42 условных печатных листа.

Отдавая дань времени, редактор журнала профессор А.Я.Пытель добился переименования журнала в «Урология и нефрология».

Главным редактором руководила идея сближения урологов и нефрологов, поскольку в то время ученые усиленно занимались разработкой методов функционального исследования, обменных процессов в почках, участием их в солевом, водном и белковом обмене.

Идея была правильной. Однако листаж и периодичность журнала остались те же. Урологам стало труднее печататься, поскольку часть объема журнала была передана нефрологам. Кроме того, много места занимали реферативные статьи из иностранных журналов.

Новый главный редактор Н.А.Лопаткин неоднократно пытался вернуть журналу прежнее название. Но удалось этого достичь лишь в 1999 году. Несмотря на огромный авторитет Н.А.Лопаткина, ему так и не удалось увеличить листаж и периодичность до 12 номеров в год.

В 1976 году главным редактором журнала стал Н.А.Лопаткин, членами редколлегии А.Я.Пытель (Москва), В.С.Карпенко (Киев), Н.И.Кучинский (Москва), Е.Б.Мазо (Москва), В.С.Рябинский (Москва, зам. главного редактора), Н.Е.Савченко (Минск), Д.Д.Мурванидзе (Тбилиси), И.П.Шевцов (Ленинград), Б.М.Матвеев (Москва), В.А.Мохорт (Минск), О.Л.Тиктинский (Ленинград).

Перед распадом Советского Союза состав редколлегии журнала несколько изменился:

Н.А.Лопаткин — главный редактор; Э.Г.Асламазов, А.Ф.Даренко, М.Д.Джавад-заде, В.С.Карпенко, В.А.Козлов (ответственный

секретарь), Е.Б.Мазо, Л.Г.Манагадзе, Б.П.Матвеев, Н.А.Мухин, А.Г.Пугачев, Ю.А.Пытель, В.С.Рябинский, Н.Е.Савченко, В.Н.Степанов (заместитель главного редактора), Н.И.Тарасов, О.Л.Тиктинский, М.Ф.Трапезникова, А.Л.Шабад.

После распада Союза урологи России неоднократно декларировали необходимость сохранения сотрудничества урологов стран СНГ, однако всех урологов из других стран СНГ из состава редколлегии вывели.

Заседания редколлегии проходили один раз в два месяца по четвергам с 11 часов сначала в клинике урологии и оперативной нефрологии, руководимой академиком Н.А.Лопаткиным в 1-ой Городской больнице, а затем в Институте урологии в кабинете Н.А.Лопаткина.

Заведующая редакцией Е.Д.Цесаркина на заседание редколлегии приезжала с двумя огромными сумками, заполненными статьями. На столе напротив себя и В.С.Рябинского она раскладывала их на 4 стопки:

- с положительными рецензиями;
- с отрицательными рецензиями;
- намеченные в очередной номер журнала;
- спорные статьи, требующие коллективного обсуждения.

Все очень демократично.

Нужно отдать должное Николаю Алексеевичу Лопаткину, заседания он вел профессионально и корректно, доброжелательно по отношению к авторам, приславшим статьи в журнал.

Разбор статей с положительными рецензиями проходил сравнительно быстро и более-менее спокойно.

Изредка были случаи, когда получившие положительную рецензию статьи не рекомендовали в печать.

После разбора первой стопки переходили ко второй — с отрицательными рецензиями. Эти статьи разбирали тщательно. Изучали рецензии на статьи. Члены редколлегии пытались убедиться, что статья действительно не заслуживает опубликования, не всегда соглашались с мнением рецензентов. Иногда автор статьи и рецензент придерживались разных взглядов на проблему. Это было причиной отрицательной рецензии. Но это не повод для отказа в публикации, если методика исследования была правильной, а материала достаточно. В таких ситуациях Н.А.Лопаткин был на стороне автора статьи.

Иногда рецензенты пытались придать выводам статьи несколько иное звучание, члены редколлегии также были на стороне авторов.

Диссертантам, как правило, создавалась «зеленая улица», учитывая требования ВАКа и сроки выполнения диссертации.

К знаменательным датам готовились статьи от редакции. Писал статью кто-то один. Ксерокопии рассылались всем для внесения замечаний. После этого окончательно редактировался текст статьи.

Я послал в журнал статью «Пути совершенствования оперативного лечения гидронефроза». В статье анализировал опыт лечения 1 500 больных гидронефрозом, из которых у 995 проведено оперативное лечение. Статья заканчивалась рекомендациями, которые оправдали себя в нашей практике, направленные на улучшение диагностики и лечения гидронефроза.

Так вот, на эту статью профессор Ю.А.Пытель написал большой отрицательный отзыв. Рецензия на статью была тенденциозной. Я понял: это месть за дискуссию с ним на пленуме российских урологов в Куйбышеве.

А дело было так.

Профессор Ю.А.Пытель докладывал о лечении рецидивного гидронефроза. Такие операции всегда сложные. Урологи за них берутся неохотно. Часто они заканчиваются удалением почки. Для сохранения органа Юрий Антонович предлагал такую операцию: выделял из сращений лоханку и прилоханочный отдел мочеточника. Мочеточник рассекал на 2 см продольно. Через паренхиму почки проводил в лоханку и мочеточник перфорированную трубку. До сих пор все вроде бы правильно.

Но дальше хирургическая несуразность.

На края рассеченного мочеточника накладывал 5—6 швов, которые пронизывали всю почку и завязывались на ее латеральной поверхности, то есть пронизывающие паренхимы швы вызывали ишемию паренхимы и ее склероз.

По окончании доклада я спросил:

— Юрий Антонович, как называется ваша операция?

Он подумал дольше обычного, сказал:

— Уретеропиелонефростомия.

— Юрий Антонович, правильнее назвать ее: двухэтапная нефрэктомия.

В зале раздался дружный хохот. Он не стал оправдываться в аудитории. Но шутку не забыл.

Справедливости ради скажу, что Юрий Антонович был блестящим докладчиком, хорошим полемистом, а курсанты и студенты были в восторге от его лекций.

Прошло много лет. Как-то ко мне в гости приехал уролог из Севастополя, который в то время проходил аспирантуру у профессора Ю.А.Пытеля. Тема диссертации его была связана с «уретеропие-

лонефростомией». Автор подарил мне автореферат. Аспирант мне рассказал, что было сделано всего 5 уретеропиелонефростомий. Все они в последующем закончились удалением почки. Диссертация «вытянута на кандидатскую степень» благодаря функциональным исследованиям почки при рецидивном гидронефрозе и в целом была хорошей.

Вообще-то говоря, Юрий Антонович любил и умел поставить докладчика в тупик. Это оживляло аудиторию. Он этим пользовался и нередко наслаждался. А вот когда его поставили в невыгодное положение, затаился и ждал случая отомстить.

Случай наступил.

Я обвинил рецензента Ю.А.Пытеля в необъективности. Н.А.Лопаткин тут же познакомился со статьей и рецензией на нее. Все минут 15—17 ожидали. После этого он предложил посмотреть статью и рецензию профессору Д.В.Кану, специалисту в этих вопросах.

В итоге статья была принята и опубликована во 2-м номере журнала за 1988 год. В целом же с Юрием Антоновичем у нас всегда были хорошие отношения, о чем свидетельствует надпись на фотографии, подаренной мне.

Среди статей, находящихся в портфеле журнала, были работы, получившие по две и даже три отрицательные рецензии. Редакция с первого раза сравнительно редко отказывала авторам в публикации. Смотрели: кто автор — аспирант, клинический ординатор, ассистент, практический врач и т.д. Отсылали на доработку с замечаниями опытного рецензента. Это помогало автору, а статья исправлялась и появлялась в печати.

Однажды во время заседания редколлегии раздался телефонный звонок. Николай Алексеевич снял трубку. Ему сообщили: с ним будет говорить Генеральный секретарь ЦК КПСС Леонид Ильич Брежнев. Нам прошептал: генсек.

Н.А.Лопаткин замер, потребовал тишины. Начало разговора задерживалось. Н.А.Лопаткин, держа телефонную трубку, свободной рукой все время перебирал бумаги на столе — нервничал.

Наконец мы, сидящие в кабинете, услышали рокошущее-шепелявый голос Л.И.Брежнева. Разговор свелся к анализу мочи, продолжался он две минуты.

После разговора Николай Алексеевич не мог сосредоточиться на работе, с которой до этого легко справлялся.

На заседании он присутствовал, но ни во что не вникал. Работу закончил В.С.Рябинский. Все мы знали Н.А.Лопаткина как сильного, волевого человека. Не знали, чего ему стоит общение с «первыми лицами».

За время моей работы в редколлегии журнала было проведено две дискуссии: первая по острому и хроническому пиелонефриту, вторая — по травме мочеиспускательного канала.

Редколлегия опубликовала все статьи, присланные в редакцию, посвященные острому и хроническому пиелонефриту. Из киевских урологов, занимавшихся пиелонефритом, статей на дискуссию никто не прислал. На заседании редколлегии определился авторский коллектив, готовился проект статьи. Анализ закончился редакционной статьей, которая отражала состояние вопроса в то время.

Проведенная дискуссия и редакционная статья по острому и хроническому пиелонефриту сыграли значительную роль в диагностике и лечении воспалительных заболеваний почек в лечебных учреждениях страны. Они способствовали лучшему пониманию патогенеза урологических воспалительных заболеваний почек у детей и взрослых.

Вторая дискуссия, посвященная травматическому повреждению мочеиспускательного канала, была фактически навязана редколлегии сложившимися обстоятельствами.

В 1975 году на Всесоюзном симпозиуме в Ростове-на-Дону обсуждалась проблема травматического повреждения мочеиспускательного канала. Решение симпозиума урологов нацеливало на радикальное оперативное лечение стриктуры мочеиспускательного канала любой локализации, что соответствовало современному состоянию урологии. В работе симпозиума принимали участие ведущие урологи страны и многие сотрудники Ростовского медицинского института.

Вскоре после симпозиума в Ростове на имя главного редактора журнала «Урология и нефрология» академика Н.А.Лопаткина поступило письмо ростовских профессоров, в котором ростовский профессор В.И.Русаков обвинен в том, что в монографии «Стриктуры уретры» он присвоил себе метод оперативного лечения стриктуры задней части мочеиспускательного канала, который якобы разработал Э.А.Фракман и описал в 1949 году в трудах ташкентского мединститута № 2. Копия статьи была приложена к письму.

Вначале на редколлегии было решено просить Н.А.Лопаткина связаться с руководством Ростовского мединститута, чтобы разобраться на месте и отозвать коллективное письмо в редакцию журнала. Редколлегия не считала возможным афишировать местный конфликт во всесоюзном масштабе через журнал «Урология и нефрология». Лично для меня как хирурга, изучившего статью Э.А.Фракмана, а также имеющего опыт лечения травматической стриктуры мочеиспускательного канала различной локализации,

простой, осложненной и рецидивной, ссылка ростовских профессоров на статью упомянутого автора была неубедительной.

Я поддерживал основные положения профессора В.И.Русакова в лечении травматической стриктуры — полное иссечение рубцов на всех уровнях и сшивание конец в конец его с шейкой мочеиспускательного канала мочевого пузыря или центрального и периферического концов мочеиспускательного канала.

Операция В.И.Русакова более радикальна, с хорошими отдаленными результатами. В этом мы неоднократно убеждались в своей практике. Иначе говоря, в споре между ростовскими хирургами и В.И.Русаковым я был на стороне последнего.

Переговоры Н.А.Лопаткина с ректором Ростовского мединститута успехом не увенчались.

Профессор В.И.Русаков и соавторы прислали в редакцию большую статью «Опыт лечения больных стриктурами уретры». Материал очень обширный, результаты оперативного лечения вполне благоприятные.

Учитывая сложившуюся ситуацию, редколлегия приняла такое решение:

— опубликовать статью профессора В.И.Русакова и соавторов в соответствии с оригиналом;

— опубликовать письмо ростовских профессоров о присвоении профессором В.И.Русаковым приоритета операций по поводу стриктуры задней части мочеиспускательного канала;

— перепечатать статью Э.А.Фракмана «Восстановление задней уретры при полном ее разрушении» («Урология и нефрология». — 1988. — № 2. — С. 59—69).

Редколлегия вынесла на суд урологов Союза решение спора между ростовскими профессорами-хирургами и профессором В.И.Русаковым.

Кроме того, в 1989 году редколлегия приняла решение на страницах журнала «Урология и нефрология» провести дискуссию на тему: «Стриктуры уретры детей и взрослых», а также предложила дискуссионные вопросы.

Дискуссия не вызвала большого интереса среди урологов. По теме дискуссии были присланы статьи: в 1989 году — профессор М.Ф.Трапезникова и соавторы, в 1990 году — профессор В.С.Карпенко совместно с С.В.Герасимовым, В.В.Красулин и соавторы, Н.И.Тарасов и соавторы, В.Н.Ткачук и соавторы. Их было явно недостаточно для каких-то обобщающих выводов. Срок подачи статей продлен еще на один год.

На заседаниях редколлегии, помимо текущих вопросов деятельности журнала, обсуждались вопросы урологического общества, предстоящих всесоюзных и республиканских съездов, уточнялись тематика для исключения дублирования, время проведения урологических форумов в разных республиках и т.д. На этих заседаниях не определялись программные докладчики — это была прерогатива правлений и пленумов урологических обществ.

В журнале регулярно печатались рецензии на зарубежные и отечественные монографии, что позволяло урологам быть в курсе мировой урологической литературы, отчеты о состоявшихся урологических съездах, пленумах, конференциях и симпозиумах.

Редколлегия заказывала и охотно печатала обзоры литературы по актуальным вопросам урологии, поскольку они давали представление о тенденциях развития урологии у нас и за рубежом.

Отчеты главного редактора журнала предварительно обсуждались на редколлегии, а затем на Всесоюзных съездах урологов. Они получали положительную оценку делегатов, неоднократно высказывались пожелания увеличить периодичность журнала до 12 номеров в год. Н.А.Лопаткин неоднократно ставил этот вопрос перед вышестоящими организациями, но решить его тогда не удалось. Особых сетований на работу редколлегии делегаты съездов не высказывали. Печатание статей не задерживалось, отказ мотивировался.

В кратком разделе нельзя полноценно охарактеризовать многогранную работу журнала «Урология и нефрология», однако можно с уверенностью сказать, что в 1970-е и 1980-е годы он сыграл выдающуюся роль в развитии урологической науки и службы, преподавании урологии в вузах и подготовке практических врачей, а также кадров урологов высшей квалификации. Значительна роль журнала в организации кафедр урологии в начале 1970-х годов.

В заключение отмечу, что работа в редколлегии журнала «Урология и нефрология» на протяжении шестнадцати лет мне как руководителю института и урологической службы республики дала очень много. Постоянное общение с видными урологами страны позволяло широко смотреть на нерешенные проблемы урологии, на тенденции ее развития. Постоянное участие в обсуждении научных работ, направляемых в журнал, давало возможность следить за развитием урологии в стране, за профессиональным ростом урологов следующего поколения.

Душой редколлегии был конечно же Н.А.Лопаткин. Он высоко держал авторитет журнала. Наши встречи и работа редколлегии проходили в доброжелательной коллегиальной обстановке.

ОБЩЕСТВЕННАЯ РАБОТА

В мои годы заниматься общественной работой было в моде. Это нередко служило поводом для выдвижения по службе. Этим часто пользовались предприимчивые сотрудники. Способные, но тихие работники, занимаясь своей основной деятельностью, часто оставались в тени и реже продвигались на более высокие должности. Отрицать значение общественной работы было бы неправильно. Она расширяла горизонт профессиональной деятельности, позволяла на события и конкретные дела смотреть с разных сторон. Помогала приобретать опыт в административной работе, учила работать с людьми, находить с ними общий язык, а главное, как мне казалось, учила правильно распределять и использовать свое время.

Еще в десятом классе меня избрали секретарем комсомольской организации школы. С тех пор меня регулярно привлекали к комсомольской и партийной работе. Правда, был период, когда после госпиталя я вернулся на учебу в институт и общественной работой не занимался, более того, старался себя в этом плане не проявлять. Главной задачей для меня в то время была учеба и работа в хирургическом кружке. Учебников было мало, поэтому основная работа с книгой проходила в студенческой «читалке», после лекций и практических занятий.

Когда я работал в Чистяково, то был избран членом бюро партийной организации больницы. В декабре 1950 года избран депутатом Чистяковского городского совета, в котором возглавил постоянно действующую комиссию по здравоохранению. Чистяковский горсовет располагался в бывшем помещении детского садика. Помещение было небольшое, тесное. Поэтому заседания постоянно действующих комиссий происходили в кабинете председателя городского совета — Ефима Ивановича Потирайло. Служебное и общественное положение обязывало меня присутствовать на заседаниях сессий

горсовета, пленумах горкома партии, партийных конференциях, поэтому я был в курсе всех событий города и области, мог постоянно контактировать с горздравотделом, которым руководила умная, деловая энергичная женщина. Связь с деловыми людьми города помогала в производственной работе, особенно в материальном обеспечении больницы.

Во время работы ординатором областной больницы им. Калинина в Донецке к общественной работе почти не привлекался. У хирургов, особенно ординаторов, было много основной работы: большие палаты, перевязки, операции, дежурства по клинике, выезды по санитарной авиации в больницы области делали нас ненадежными общественниками. Другое дело работники теоретических кафедр и кафедр общественных наук, терапевты, лаборанты — общественную работу делали в рабочее время и в срок. Все же меня в тот период то ли избрали, то ли назначили народным заседателем в суде. С отрывом от производства. Десять дней я слушал бракоразводные дела, а в последующем наотрез отказался присутствовать в заседаниях народных судов по бракоразводным делам, на которых жизнь была представлена с самой ужасной стороны. Хватит с меня медицины — чаши, переполненной горем и человеческими страданиями.

Общественная работа в медицинском институте

Когда я перешел на работу в Донецкий мединститут ассистентом, мне сразу же придумали общественную работу — председатель бюро профсоюзных организаций кафедр института, расположенных на базе клинической больницы им. Калинина. В этой больнице располагались кафедры факультетской и общей хирургии, рентгенологии, факультетской и общей терапии, ЛОР, акушерства и гинекологии, глазных болезней, неврологии, патологической анатомии и судебной экспертизы. Занятия велись в две смены, расписание на разных кафедрах разное. Да и дел таких не было, чтобы они интересовали или объединяли сотрудников этих кафедр. Поэтому никаких мероприятий провести не удавалось. А если собирались люди, то не больше 10% сотрудников. Зато меня критиковали за бездеятельность на каждом профсоюзном собрании института, парткоме, партсобраниях. Председателем профсоюзной организации института был профессор Г.П.Кондратенко, а секретарем парткома профессор И.М.Матяшин. Вроде бы хорошие товарищи, но критиковали безбожно. Сначала я обижался, а потом перестал — нужно же кого-то критиковать.

В докладах нужна была критика. Вот и отыгрывались на мне. Когда я их спрашивал, каков статус этой надуманной профсоюзной организации кафедр больницы им. Калинина и что конкретно я должен делать, они уходили от ответа. Им и мне все становилось ясно. На том и кончался разговор. Потом поняли абсурдность подобной профсоюзной надстройки и распустили ее те же, кто ее создал.

Затем меня избрали секретарем партийного бюро лечебного факультета Донецкого медицинского института, на котором только студентов было 2 500. Работа была живая, регулярно читали письма ЦК КПСС (в хрущевскую эпоху), преподаватели института выезжали на шахты разъяснять некоторые положения постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР. На шахте собирали (ловили) рабочих в пересменку или перед спуском в шахту, присылали сотрудников шахтоуправления, подсобных подразделений. Люди слушали наши доклады, написанные кем-то в отделе агитации и пропаганды, без всякого интереса. Нам такая пропагандистская работа не доставляла удовольствия, поскольку мы видели, какой «интерес» она вызывает у шахтеров. Между институтскими партийными собраниями два раза в год мы проводили открытые партсобрания факультета, на которых заслушивали итоги экзаменационных сессий, состояние Социалистического соревнования между факультетами.

Среди студенческого коллектива, особенно в хрущевскую эпоху, когда в институт в основном принимали абитуриентов со стажем практической работы, было много неурядиц бытового плана. Например: женатый абитуриент поступил в институт. Жена с детьми остались дома. В институте у него возникло новое увлечение. Жена куда? В партком. Начинали разбор. Я не помню случая, чтобы партком примирил стороны. Более того, разбор в парткоме, партбюро, в бюро комсомольской организации ускоряли официальный развод. Вместо учебы в голове студентов бракоразводные дела. Успеваемость среди «вечерников» и «стажников» была низкой. Это влияло в целом на успеваемость в институте. Об этом неоднократно говорилось на собраниях всех уровней.

Однажды нам много неприятностей причинила «Черная кошка». На лекции один студент написал записку другому студенту императивного характера, подписав ее: «группа “Черная кошка”». Записку передал по рядам до адресата. В цепочке передачи любопытный студент развернул записку, прочел ее и увидел — подпись «группа “Черная кошка”». В перерыве он с этой запиской пошел в спецчасть. В спецчасти воскликнули: в институте действует «группа “Черная кошка”»?! Каковы ее цели и задачи? Не пахнет ли тут антисоветским

умыслом? Машина завертелась — партком, горком, райотдел КГБ. Среди студентов этого курса начали искать автора записки. Дня через два виновник нашелся. Обычный студент, ни хороший, ни плохой. Как он потом сказал, подписал записку сдуру, чтобы тот, кому адресовалась записка, не узнал, кто автор. Потом началось обсуждение этого дела. Привлекли к ответственности преподавателя, отвечающего за группу, досталось декану, секретарю партбюро факультета и комсомольским руководителям. Словом, всем дали. А главное — органы решили более серьезно посмотреть за студенческим коллективом, но ничего не нашли. Вскоре эта история, наделавшая много шума, была забыта.

Наиболее сложной была работа в период выборов в Верховный Совет СССР, УССР, а также местные советы. Постоянные дежурства на избирательных участках, составление и сверка списков избирателей, посещение избирателей на дому. Жизнь тогда была не очень легкой. Работали, как правило, муж и жена, чтобы прокормить семью. Продукты и одежда доставались с трудом, на это уходило время. Агитаторы не были желанными гостями у избирателей дома. В конечном итоге о работе агитатора судили по явке избирателей на голосование. Как они не голосовали, результат один — 99,97% за блок коммунистов и беспартийных.

Праздники нужны, особенно молодежи. Они вносят оживление в жизнь. На время забываются повседневные трудности. Сложности возникали в период подготовки к годовщине Октябрьской революции и Первому мая. Предстояли демонстрации. Нужны были лозунги, транспаранты, флаги, портреты членов политбюро, какие-либо движущиеся модели, ракеты, модели спутников, искусственные цветы, шары. Студенческие молодежные коллективы вносили некоторое оживление в праздничные демонстрации шахтерской столицы. Вышестоящие организации студенческим демонстрациям придавали большое значение. Денег же на оформление праздничных колон не давали. Дескать, изыскивайте средства из местного бюджета. Бюджет в институте был нищенский. Не хватало денег на самые необходимые учебники, аппараты, реактивы. Вот и крутились. Часть украшений колон делалась руками студентов. Часть делали «шефы», обычно родители отстающих студентов. Студенты уклонялись от этой предпраздничной работы, поскольку пропущенные занятия нужно было отрабатывать.

В день праздника по списку закрепляли транспаранты за прибывшими на демонстрацию студентами. Эта мера предупреждала исчезновение транспаранта в пути следования. Так мы доносили украше-

ния колонн до трибуны, с которой нас приветствовали областные руководители. Как только после прохождения трибуны приходили к условленному месту на Пожарной площади Донецка, все, что студенты несли и что с таким трудом было сделано, в беспорядке сбрасывали на грузовую машину. Никогда общественные организации не привлекали к ответственности тех, кто особенно отличался в этом своеобразном погроме.

Однажды в день Первого мая у меня возникла крупная неприятность. За три часа до начала демонстрации мне позвонила жена профессора К.Т.Овнатяна Варвара Фадеевна из Института травматологии, где она работала хирургом, чтобы я срочно приехал оперировать больного с переломом бедра и «катастрофой» в брюшной полости. Я ей объяснил, что ответственен за первомайскую колонну лечебного факультета и время не позволяет мне приехать на операцию. За мой отказ приехать на операцию директор Института травматологии Т.А.Ривенко написал рапорт А.М.Ганичкину — директору нашего института с требованием наложить на меня административное наказание. Кстати говоря, Варвара Фадеевна нас, сотрудников кафедры ее мужа, часто привлекала на операции в Институт травматологии в неурочное, ночное время. Никогда за эту работу нам не платили — вроде бы работа на общественных началах. Несмотря на это, я туда ездил охотно, так как там набирался опыта в сложной комбинированной ургентной патологии. Выговор мне не объявили, но неприятные объяснения были.

В хрущевские годы, когда сельскохозяйственное производство давало большие сбои, много урожая оставалось неубранным на полях. Постановлением высших партийных органов и правительства по всей стране студентов привлекали к уборке урожая. Обычно учебный год начинался с поездки в колхозы и совхозы. С 3—4 сентября до конца месяца мы проводили в сельскохозяйственных районах Донецкой области.

Важной работой партийной организации института было руководство выездами на сельскохозяйственные работы в колхозы и совхозы. Лечебный факультет большой. Выезжало около 2 000 студентов и преподавателей. Иногда студентов размещали в 2—3 районах. Я как секретарь партбюро факультета возглавлял и контролировал всю работу студентов на полях, в колхозах и совхозах. Смотрел за их питанием, бытом и отдыхом в свободное от работы время. На этот период мне выделяли «персональную» машину: один раз это была машина студента V курса Валентина Тарасенко, второй раз — ассистента Г.А.Дугельного, третий раз — ассистента А.Ф.Греджева. За

месяц работы я бывал во всех колхозах и совхозах, где работали студенты. Жили студенты в пионерских лагерях, свободных в это время года, в складских помещениях, приспособленных для жилья, на квартирах колхозников.

Бросалось в глаза: в уборочную страду местные жители по своим дворам занимались подсобным хозяйством. В поле из них почти никого не было. Обычно руководство колхоза или совхоза ставило своего бригадира над студентами. Помню, разговорился с одним колхозником в Большеновоселковском районе. Он мне откровенно сказал, что помощь студентов им не нужна. И объяснил. Раньше, как только выполнялся план сдачи зерна, кукурузы, подсолнуха и т.д. в колхозах уборку почти прекращали. Много выращенного оставалось в поле. После официального завершения уборки крестьяне подбирали все, что осталось на поле, и этим кормили себя и скот, который был у них дома в личном хозяйстве, поскольку плата за работу была мизерная. Студенты лишают местных жителей кормов для использования у себя дома.

Второй пример. Это было в Буденновском районе недалеко от г. Мариуполя. Утром мы приехали на плантацию помидоров. Был жаркий сентябрьский день. Все поле было красным от зрелых овощей. Поле огромное — может быть 6—8 гектаров. Бригадир сказал студентам: соберите до обеда как можно больше томатов. Днем приедут машины и все отвезут в город. Студенты понимали, что если не собрать помидоры за два дня, все погибнет. Они активно включились в работу. Собирали помидоры человек 80. К обеду собрали и сложили в указанное место на землю огромное количество помидоров, не менее 10 тонн. Машины не приехали. После обеда студенты на уборку не пошли. Они поняли, что утренний труд их пропал. Под солнцем помидоры в куче «потекли». К вечеру машины тоже не приехали. К следующему утру большая часть помидоров была испорчена. Колхозники привезли котел и начали варить томат. На второй день студенты не вышли на работу — уговорить их не удалось. Они говорили: колхозное — ничейное. Никому их труд не нужен. При такой организации сбора овощей в городе их не прибавится.

Некоторые преподаватели и студенты V курса оказывали медицинскую помощь населению, направляли жителей села в клинику. В селах иногда были совместные концерты художественной самодеятельности местной молодежи и студентов. Один колхозник пригласил студентов на свой 70-летний юбилей. Через несколько дней мне рассказывал колхозник и студенты, как было весело. Дед говорил, что это был у него самый светлый праздник на все 70 лет!

В 60-е годы общественные, а вернее, профсоюзные и комсомольские организации проявляли не в меру ретивое рвение, в том числе и в тех вопросах, которые их не очень касались. В отчетах это выглядело неплохо, а на практике не очень. Несколько примеров, свидетелем которых я был.

Профсоюзные организации предприятий и учреждений решили повысить интерес общественности к появлению новорожденных в семьях их сотрудников. Новорожденного ребенка с мамой при выписке из родильного дома встречали представители общественности с места работы (как правило, активисты профсоюза). Представители учреждений привозили цветы, подарки для новорожденного, подарки для молодых родителей и, как водится, кое-что и покрепче.

С одной стороны, вроде бы все красиво: приветственные слова под звон бокалов с шампанским. Но если это 10, от силы 15 минут — оно бы ничего. Но эти проводы затягивались до часа и более: у молодой мамы режим, у ребенка — тоже. А представители разгулялись, а шампанское есть!

Но это еще ничего. Из родильного отделения в день нередко выписывалось по 3—8 новорожденных и более. Проводы новорожденных следовали одни за другими. Веселье продолжалось целый рабочий день. Акушерки и врачи иногда выпивали лишнее... Вскоре пришлось запретить профсоюзам их начинание, но другого они ничего придумать не смогли. За новорожденными приезжали самые близкие люди.

В те годы в целях оживления общественной и комсомольской работы в вузах рекомендовалось проводить комсомольские свадьбы. О них писали в газетах. Словом, поощряли.

Как-то утром на конференции врачей после официальной части Каро Томасович сказал: мне стало известно — Николай Коваленко и Тамара решили пожениться. Не устроить ли им комсомольскую свадьбу? Николай работал у нас на должности медицинской сестры и учился в медицинском институте. Тамара была медицинской сестрой. Работники они были хорошие, исполнительные, обязательные. Люди симпатичные. Николай подавал уже тогда большие надежды. Хорошо закончил институт, работал ординатором. В последующем защитил кандидатскую диссертацию, а затем стал ассистентом и доцентом клиники. Работал в отделении искусственной почки, а в последующем — в отделении трансплантации почки.

Коллектив клиники решил поддержать инициативу профессора. В течение короткого времени все было подготовлено. В зале поликлиники после работы накрыли столы, пригласили студенческий

оркестр, людей собралось много — сотрудники, две группы студентов, где занимались Николай и Тамара. Свадьба началась весело, интересно. Поздравления, пожелания, тосты... Музыка, танцы, шутки, традиционное «горько», — все как положено на свадьбе.

Каро Томасович поздравил молодых, пожелал им любви и успеха в жизни. Тост его был интересным, остроумным, по-отцовски в меру назидательным, философским. Примерно через час он ушел. Веселье продолжалось.

Тостов было много.

Вскоре я тоже ушел. Веселье продолжалось. Молодежь, как на всякой свадьбе, веселилась, танцевала. Была лотерея, массовки, игры. Разошлись после полуночи...

Утром следующего дня на врачебной конференции сотрудники о чем-то шепчутся, спорят, смеются.

Оказалось, два заведующих отделениями на свадьбе подрались. Больше комсомольскими свадьбами мы не занимались.

20 лет после окончания института

Прошло 20 лет со дня окончания института в 1948 году. В те годы было принято бывшим студентам встречаться после окончания института через 5, 10, 15 лет. По долгу службы я был на многих подобных встречах. Наш курс за прошедшие 20 лет после окончания института не встречался ни разу.

Как-то в начале 1968 года собралось нас несколько однокурсников. Помнится, я, Б.Шапоренко, Л.Мартыненко, Маргарита, Е.Поляк, И.Сувориков и М.Спектор. Решили организовать встречу однокурсников в конце мая. Времени было достаточно. Мне ребята говорят: ты защитил диссертацию, стал более свободным, берись за дело. Создавай оргкомитет и начинай организацию встречи. Эти же товарищи вошли в оргкомитет, казначеем избрали М.Спектора. Подготовка закипела. Составили анкету участника встречи. Вопросы были профессиональные, о составе семьи, а также юмористические — о внешних изменениях бывших выпускников, которые произошли за последние 20 лет — масса тела, объем талии, груди и т.д. Самым сложным оказалось найти выпускниц-женщин. Студентки выходили замуж, меняли фамилии. Розыску помогла «цепная реакция». Легко нашли человек 25—30 в Донецке. Эти люди включились в поиски других. В конечном итоге съехалось почти 2/3 курса. Те, кто не смог приехать, прислали телеграммы, письма. Предварительно

полученные взносы помогли забронировать места в гостиницах. Заблаговременно заказали зал в ресторане, пригласили фотографа для репортерских снимков в дни торжества. Заказали экскурсионные автобусы с гидами по городу.

Ряд наших однокашников сделал научную карьеру: М.Ковалев, Б.Шапаренко, В.Михайличенко, Т.Усикова.

Многие заняли высокие административные должности в здравоохранении. В.Зубко (Доронина) была избрана председателем Центрального комитета Красного креста Украины. Наши выпускники стали заведующими районными отделами здравоохранения (Бейлин), главными врачами, главными специалистами областей, городов и районов. Среди выпускников мы насчитали 39 различных врачебных профессий. Многие из них были награждены орденами, в том числе Маргарита — орденом «Знак Почета».

Некоторых бывших выпускников не досчитались — они преждевременно ушли из жизни: А.Каменская, Л.Литовченко.

В большой наклонной аудитории института организовали встречу бывших выпускников. Пригласили преподавателей и студентов IV и V курсов. Из преподавателей пришли доценты: П.П.Раевский, Е.М.Могилевская, Л.Б.Чижина, И.М.Чижин, профессора: В.А.Раввин, А.Б.Фельдман, М.Свидлер, М.С.Лейчик. Некоторые не смогли прийти из-за болезни. Многих уже не было в живых: профессоров А.И.Майзельса, Летника, В.Н.Яновского, В.М.Богуславского, И.Н.Бунина и некоторых других. Л.Н.Кузьменко — ректор Львовского мединститута — приехать не смог.

Оргкомитет предложил мне выступить с приветственной речью. Я вкратце осветил путь института после нашего выпуска и рассказал о наших выпускниках. Многие наши выпускники заняли руководящие места в здравоохранении, в основном в Донецкой и Луганской областях. Ряд сокурсников стали заведующими кафедрами. Больше всех успел М.М.Ковалев. Он работал директором Черновицкого мединститута, а незадолго до встречи переехал в Киев на должность председателя ученого совета МЗ УССР и одновременно стал заведовать в Киеве кафедрой госпитальной хирургии, был членом ряда обществ, награжден орденами за успешную работу в здравоохранении.

С поздравительными речами выступили от дирекции института проректор по учебной работе, профессор Владимир Власович Синяченко, от преподавателей — профессора М.Свидлер и А.Б.Фельдман. Выступали М.М.Ковалев, Б.А.Шапаренко и многие другие бывшие выпускники. Они говорили о своем профессиональном становлении,

о том, чего им не «додали» в институте во время учебы, о своих трудностях и, конечно же, слова благодарности своей Альма-матер — Донецкому медицинскому институту им. М.Горького. Во второй половине дня были организованы экскурсии по клиникам больницы им.Калинина и теоретическим кафедрам института. Были встречи с ведущими преподавателями института на кафедрах, а также со студентами разных факультетов. На второй день с утра были организованы экскурсии по городу Донецку, который за прошедшие годы значительно расстроился. Это послужило поводом сказать: Донецк — это новый город, не тот, в котором мы учились. Когда мы учились, в Донецке приличной была только центральная улица Артема. На других улицах были частные «хибары» и между ними — вкрапления современных домов. Теперь же появились Бульвар Пушкина, улицы Университетская, Щорса, Розы Люксембург, Челюскинцев, прекрасная Театральная площадь, спорткомплекс Локомотив, обновленный стадион Шахтер, Институт травматологии и многое другое. Появились памятники Артему, шахтерам, Шевченко, Ленину, Стратонавтам. Побывали на клинических базах, где когда-то учились. Вечером состоялся большой банкет в ресторане «Белый Лебедь». Ресторан «Москва», где в 1948 году проходил наш выпускной вечер, всех нас не мог вместить, поскольку многие приехали с мужьями, женами и детьми.

На банкете Е.З.Поляк сделала юмористический анализ присланных анкет, с математическими выкладками: вроде того, что масса тела выпускников, приславших анкеты, увеличилась за 20 лет в 1,8 раза, длина всех сложенных женских талий равнялась 2700 м, то есть такая, как от бывшего морфологического корпуса до студгородка, сколько родилось мальчиков и девочек, у кого больше всех детей, кто мог перечислить всех преподавателей института за 5 лет учебы и т.д. Доклад был встречен очень доброжелательно и дополнялся участниками встречи.

Вечер прошел весело, тепло, непринужденно, время от времени звучало «а помнишь?» Действительно, очень важно помнить, как мы жили, учились в сырых темных подвалах, холодных аудиториях, как начиналась работа, проходило профессиональное становление. Хорошо было сознавать, что мы нужны людям, что мы оказываем им медицинскую помощь, что мы не жалеем своего времени и труда, днем и ночью выполняем свой врачебный долг. Встреча окрылила нас, дала новый импульс к самосовершенствованию. Мы осознали, что вступаем в новый период профессиональной деятельности, в которой наш 20-летний опыт и наши знания дают нам право считать-

ся прослойкой врачей, которая берет на себя основную тяжесть и ответственность за положение дел в здравоохранении там, где мы работаем. Мы глубже поняли свою роль как наставников молодого поколения врачей, а это удваивает нашу ответственность перед обществом.

Я перечитал последний абзац. Не высокопарны ли слова? Возможно. Но они искренни — за ними наша жизнь, мечты, профессиональная работа, а также жизнь и здоровье многих наших пациентов.

Приглашенный фотограф сделал массу фотографий. Многим участникам встречи еще долго рассылали фотографии по почте. У меня сохранилось десятка два фотографий, часть из которых я поместил в текст воспоминаний.

При встрече обещали друг другу писать. Этого обещания не выполнили. Постоянные заботы, на учете каждая минута, бытовые сложности отвлекают — все остается только в памяти, и я решил кое-что написать своим потомкам. Может тем, кто придет после нас, будет интересно узнать, от кого они приняли профессиональную эстафету.

В последние годы работы в Донецком мединституте я был членом парткома, возглавлял сектор лечебной работы. Эта работа позволила мне быть в курсе лечебной работы на всех кафедрах института. Обсуждали новые методы диагностики и лечения, внедрение своих изобретений, изучали их эффективность, обсуждали показатели лечебной работы. Не всегда такие заседания проходили гладко, но официальных жалоб не поступало.

Городские партийные конференции, начиная с Донецка и Чистяково, на которых я был постоянным участником, проходили в общем-то интересно. Доклады секретарей часто были содержательными, охватывали работу всех отраслей хозяйства города, развитие культуры, застройки и т.д. О здравоохранении и науке на этих конференциях говорилось вскользь — лишь бы не сказали, что не было этого раздела. В 50-е годы партийные конференции шли два дня — в субботу и воскресенье. В 60-е годы проходили только в субботу с 10 до 18 часов. Доклады стали менее объемными, выступления — только фиксированными, по бумажкам, резолюции, заключения — все готовилось заранее. От делегатов требовалось только «правильное» голосование. Выбирали только тех, кого внесли в список с согласия свыше. На время работы конференции избиралась партгруппа. И сначала все подготовленное выносилось на партгруппу конференции. Она, конечно, все одобряла, а затем уже все выносилось на тайное голосование всех делегатов. Положительным было то, что рас-

сматривались деловые и моральные качества коммунистов, которых избирали в руководящие партийные органы. Случайных людей не было.

Конференции всегда проходили гладко и заканчивались пением Интернационала. Не все делегаты знали слова Интернационала, поэтому обычно включали фонограмму. В фойе конференций были отличные буфеты, продавали дефицитные книги. В перерывах демонстрировались новые фильмы или был концерт артистов театров.

Выборы партийного комитета в Донецком медицинском институте проводились по заранее подготовленному плану, организованно: материалы к докладу секретаря готовили все члены парткома, затем отбирали самое главное. Доклады выходили несколько парадными — не хотелось некоторых членов партии обижать, но в целом доклад объективно отражал работу института.

Наш институт снабжался по остаточному принципу. По мере развития медицинской техники оснащение института современной аппаратурой постепенно отставало от современного уровня, потому что все больше «оседало» ее в Москве, Киеве. Иногда помогало Министерство угольной промышленности, но редко и это была не всегда совершенная аппаратура.

Выступления в прениях на партсобраниях института заказывались. Критики в них было мало — в основном самоотчет. Кандидатуры в члены парткома предварительно тщательно обсуждались на заседании парткома с участием ректора и его заместителей. На собрании новые кандидаты выдвигались списком кем-то из членов старого парткома, но от имени парткома. При этом оговаривалось, если какая-либо кандидатура не устраивает собрание, ее можно обсудить и, при необходимости, отвести. Дополнительные кандидатуры необходимо обсудить. Обычно проходил список, рекомендованный парткомом. В него вносились самые авторитетные коммунисты института. Голосование было с высоким процентом «за». Были «постоянные» члены парткома — ректор, заведующий военной кафедрой и кафедры общественных наук.

После отчетно-выборного собрания проводился банкет, теперь бы сказали — фуршет. «Старый» партком устраивал банкет новому составу. Это была традиция. На банкете утрясались многие вопросы, которые иначе никак нельзя было утрясти. Секретари и члены парткома менялись через 2—3—4 года. При мне секретарями парткома были профессора И.М.Матяшин, Е.Гребенников, Л.Н.Куш, В.Н.Ельский и доцент З.Ф.Белюсова.

Общественно-партийная работа в Киеве

Вскоре после переезда в Киев в горкоме мне поручили возглавить комиссию по проверке коллективной жалобы сотрудников кафедры патологической анатомии Киевского медицинского института, которой руководила недавно избранная на эту должность по конкурсу профессор А.Ф.Киселева. Одновременно просили проверить, как идет выдвижение молодых кадров в институте, сколько кафедр занято людьми пенсионного возраста.

В первый день проверки все сотрудники кафедры отказались от авторства анонимного письма. Факты в письме изложены предвзято. На кафедре все сотрудники женщины. А в каком женском коллективе нет склок, столкновений личных интересов? Декан, она же доцент кафедры В.И.Мацуй активно дополнила анонимное письмо новыми фактами. Проверка этих, фактически бытовых, фактов не давала повода считать, что А.Ф.Киселева злоупотребляла своей властью. Вопросы, поднятые в анонимке, не касались науки, сдерживания профессионального роста сотрудников и погрешностей в педагогическом процессе. Проверка кадрового состава кафедр института убедила комиссию в том, что сотрудников в возрасте в институте много. Но у руководства института «не хватало духа» предложить (или хватало ума не предлагать) выдающимся ученым, которые перенесли тяготы войны и послевоенной разрухи, внесли значительный вклад в развитие науки и подготовку кадров, уйти на пенсию, которая составляла 160 рублей в месяц и была ниже прожиточного уровня. Вот и работали на кафедрах профессора и доценты пенсионного возраста. Институт расширял приемы, поэтому молодежь ущемлена не была и постоянно выдвигалась, работала над кандидатскими и докторскими диссертациями.

Почти отсутствовала специализация молодых ученых в зарубежных университетских центрах. Оснащение института аппаратурой (по сравнению с Донецким мединститутом) было вполне удовлетворительным. Справку о проверке Киевского мединститута сдал в отдел науки и учебных заведений горкома партии. Какие она имела последствия, не знаю, у меня по поводу справки никто объяснений не спрашивал.

Вскоре профессора А.Ф.Киселеву назначили проректором Киевского медицинского института по науке.

Через какое-то время меня пригласил инструктор обкома партии Г.С.Федосеев, курировавший вопросы науки, предложил взять доцента В.И.Мацуй на работу в институт на должность заведующей лабо-

раторией морфологии. Бывший руководитель профессор В.Л.Бялик умер, должность была вакантной.

У меня не было желания принимать доцента В.И.Мацуй на работу в институт. Старший научный сотрудник А.М.Романенко, знающий и грамотный морфолог, тогда заканчивала докторскую диссертацию, В.М.Каменко защитил кандидатскую диссертацию. Прием на работу В.И.Мацуй на должность заведующей лабораторией морфологии перечеркивал планы моих сотрудников и дирекции тоже.

Я высказал свои сомнения о перспективе их совместной работы. Однако мои доводы не убедили работников обкома и В.И.Мацуй была зачислена в штат института. Вскоре началось то, что я предполагал, но в самом худшем варианте, и лаборатория почти распалась... В своих действиях партийные органы часто не считались с профессиональными последствиями своих кадровых перестановок. Но и воспрепятствовать им было трудно.

Меня постоянно привлекали к какой-либо проверке — проверить работу института, анонимку, коллективную жалобу и т.д. Работа эта была неприятная, а главное, отрывала от основной работы в институте.

Помню, в обкоме партии мне дали анонимное письмо на директора Института отоларингологии профессора А.И.Коломийченко. Его обвиняли в том, что институт стал плохо работать, появилась групповщина и т.д. Нужно сказать, что А.И.Коломийченко — выдающийся оториноларинголог, лауреат Ленинской премии за разработку оригинальной операции по восстановлению слуха, создал институт, подготовил кадры для него и внес большой вклад в строительство института на Зоологической улице. Профессор А.И.Коломийченко был пенсионного возраста. Ходили слухи, что ему предлагали выйти на пенсию, но он вроде бы отказался. С этого времени появились анонимки.

Когда мы, члены комиссии, пришли к нему с очередной проверкой по анонимному письму, он сильно расстроился. Поэтому наша работа началась с успокоения директора.

По сути письма было видно, что писали свои сотрудники. Более того, Алексей Исидорович и ряд сотрудников института называли автора анонимки, причем это не первая анонимка и, по-видимому, не последняя.

— Их пишут сотрудники по заказу и красноречиво пальцем показали «наверх». Закончится проверка этой анонимки, поступит новая, и будет новая проверка... — сказал профессор А.И.Коломийченко.

Во время проверки комиссия не выявила существенных просчетов в научных исследованиях, лечебной работе, подготовке кадров

и помощи здравоохранению. План научной работы выполнен в полном объеме. Во всех структурных подразделениях готовились кадры высшей квалификации. В дни нашего посещения в поликлинике института было много пациентов.

Могли быть недостатки в работе директора? Да, могли. Могли быть недовольные сотрудники? Кого-то обошли премией или повышением в должности и т.д. Были хозяйственные недостатки... Но это же не главное в головном НИИ.

Получилось так, как говорил А.И.Коломийченко. Мы ушли... Поступила новая анонимка и началась очередная проверка.

Больше к проверкам анонимок по этому институту меня не привлекали.

С тех пор прошло много лет. Вскоре профессор А.И.Коломийченко тяжело заболел. У него камень почки заклинил вход в мочеточник. Была угроза острогноного воспаления почки. Мне пришлось его госпитализировать и оперировать. Сотрудники ЛОР-института, его ученики установили круглосуточное дежурство, бережно и очень внимательно ухаживали за своим учителем все 15 дней его пребывания в клинике института.

Министр здравоохранения Украины В.Д.Братусь ежедневно интересовался состоянием Алексея Исидоровича. После смерти А.И.Коломийченко остались опытные ученые, которых он готовил. Институт успешно справляется с функциями головного. За что же травили анонимками уважаемого человека и большого ученого?

Очередной раз меня привлекли к разбору письма в союзном институте ВНИИГИНТОКС. Этот институт создал и длительное время руководил им профессор Л.И.Медведь. Теперь этот институт носит его имя. Это легендарный, удивительно интересный, умный и очень остроумный человек. Он пользовался огромным уважением не только среди медиков. О нем рассказывали легенды, одну из которых привожу ниже. Она существует в разных вариантах, но содержание одно и то же.

Это было в 1937 году, в разгар борьбы с «врагами народа». Лев Иванович в ту пору был заместителем министра здравоохранения Украины. На республиканском совещании, посвященном идеологической борьбе, одна из скороспелых выдвиженок, а тогда много их было и они хотели себя показать бдительными коммунистами, непримиримыми борцами с врагами народа, с республиканской трибуны сказала:

— Мы ищем врагов народа. Они здесь, среди нас. Вот, заместитель министра здравоохранения Л.И.Медведь — враг народа!

Зал затих. Председатель спрашивает выступающую:

— Откуда это видно, факты?

— Как откуда, — парирует выдвиженка, — по лицу его видно, что он враг народа!

Лев Иванович не растерялся. В тот момент, как он мне потом говорил, ему нечего было терять. Обращаясь прямо к этой женщине, он сказал:

— А ты б... — в зале напряженная тишина...

— Откуда вы знаете? — вопрос последовал мгновенно.

— По твоей морде видно, — громко ответил Л.И.Медведь.

В зале раздался громоподобный хохот. На том дело кончилось. С тех пор прошло более полувека, но старожилы этот случай помнят.

Когда мы, члены комиссии, пришли к профессору Льву Ивановичу Медведю с проверкой жалобы, чтобы как-то начать разговор, я спросил его:

— Лев Иванович, мне рассказывали о вас удивительную историю, относящуюся к 1937 году. Это правда?

— Правда. Мне многие говорили потом, что в тот момент я сам себя спас от НКВД и неизвестно еще каких последствий.

В последние годы на него тоже поступали анонимки.

Но то, с чем мы пришли, анонимкой не было. Когда он организовывал институт, ему были нужны кадры. Будучи на одной из научных конференций в Ташкенте, ему приглянулась одна доктор наук узбечка. Пользуясь своим авторитетом и влиянием, он провел ее по конкурсу на должность заведующей лабораторией своего института и помог устроиться в Киеве с жильем, что, как известно, было очень непросто.

Через какое-то время выяснилось, что его протее не та, за которую себя выдавала. В лаборатории были более грамотные и более опытные научные работники, хотя и не доктора наук. За 3 года она не проявила себя как знающий специалист и руководитель лаборатории. Начались склоки. Заслушали ее отчет на совете института. Совет единогласно рекомендовал директору института освободить ее от занимаемой должности. Лев Иванович, не проконсультировавшись с юристом, подписал приказ об увольнении. Заведующая лабораторией подала в суд на директора за то, что он незаконно освободил ее от должности, на которую она три года тому назад избрана по конкурсу. До конца конкурса еще почти полсрока. Суд длился 6 месяцев. На работу заведующая лабораторией ходила нерегулярно, месяцами жила в Ташкенте. В конечном итоге суд признал освобождение ее незаконными. Восстановил на работе, обязав директора

института выплатить за полгода заработную плату. Сразу же после восстановления на работе она подала заявление об увольнении и уехала в Ташкент.

Перед уходом из института она хлопнула дверью, написала и подписала письмо, компрометирующее Л.И.Медведя как директора института. В этом письме было все, что может написать обозленная «ученая» женщина. Микроскопические события она превратила в макроскопические и придала им общественное звучание.

Лев Иванович нам признался, что в этой истории он сам виноват, пригласив на работу малоизвестного в научном мире ученого. Об этом же ему говорили на заседании конкурсной комиссии и ученом совете института. Не послушал разумных доводов. Вот и получил! И поделом — так он закончил разговор с членами комиссии.

Конфликт не разбирался, поскольку автор письма уехала за пределы республики и не требовала ответа по существу.

По-своему интересной была плановая проверка Института микробиологии АН УССР, которым руководил академик Д.Г.Затула. В Киевском горкоме партии мне поручили возглавить комиссию. Я сейчас уже не помню деталей проверки, но мне запомнился один факт, который в свое время меня потряс. О нем я хочу рассказать. Директор института академик Дмитрий Григорьевич Затула занимался разработкой вакцины против рака, считая его вирусным заболеванием. Во время проверки очень увлеченно рассказывал о действии вакцины. В эксперименте вакцина способствует рассасыванию опухоли и метастатических узлов.

Через какое-то время академик Д.Г.Затула оказался у меня в институте с рентгенограммами в качестве пациента. На рентгенограммах четко определялась опухоль почки, о чем я ему сказал.

— Тут нет ошибки? — переспросил он.

— Стопроцентной гарантии дать конечно нельзя, но то, что я вижу на снимках, конечно же опухоль почки.

Меня не покидало чувство, что директор института как-то особенно заинтересованно спрашивал меня о диагнозе. В меру своего опыта и знаний я приводил ему доказательства, что на рентгенограмме — опухоль почки. Дальнейшее меня ошеломило!

— Это моя рентгенограмма, то есть на рентгенограмме представлена опухоль в моей почке. — Сказал он это очень спокойно.

Я не знал, как на это реагировать. Нечасто встречается такая ситуация.

— Если вы знаете, что у вас опухоль почки, то наверно знаете, что она подлежит удалению.

— Да, это я знаю. Я пришел просить вас сделать мне операцию, но с одним условием. Вы должны будете отдать удаленную почку моим сотрудникам сразу же после отсечения ее от сосудов. Они из моей опухоли сделают для меня вакцину для предупреждения рецидива болезни и лечения метастазов, если они уже имеются.

Просьба увлеченного человека, глубоко верящего в свои исследования, меня поразила. Я пообещал исполнить его волю

Мы договорились, что кусочек опухоли возьмем для гистологического исследования. Весь остальной препарат отдадим его сотрудникам. От него я получил инструкцию как я должен сохранить почку с опухолью, пока его сотрудники начнут с ней работать.

Оперировал я академика Дмитрия Григорьевича Затулу в урологическом отделении больницы в Феофании. Операцию он перенес легко. Как только после наркоза к нему вернулось сознание, первым вопросом было: передал ли я почку сотруднице его лаборатории, с которой он разрабатывал вакцину.

Поправлялся он быстро. Каждый день приходила к нему его сотрудница и докладывала, как идет работа с «его опухолью». Первый раз после выписки из отделения я увидел его месяца через три. Он сообщил мне, что лечится вакциной. Пока он не может оценить терапевтический эффект.

Потом я надолго потерял его из виду. В этом человеке меня удивила сила воли. Он знал, что рак почки — прогностически плохая болезнь. Пренебрегая этим, сразу же после выписки из отделения он с головой погрузился в разработку «вакцины против рака». Казалось, он не думал о своей судьбе, о смерти. Он думал о создании вакцины, побеждающей рак. Только в этом плане он думал о своем излечении. Удивительный человек. Таких немного. Жизнь его закончилась так, как и заканчивается у больных раком почки.

На 21-й Киевской областной партийной конференции меня избрали членом Пленума Киевского обкома Компартии Украины. Первым секретарем Киевского обкома Компартии Украины был избран Владимир Михайлович Цыбулько.

На 27-й городской партийной конференции (после разделения партийных организаций области и города) меня избрали кандидатом в члены Пленума Киевского горкома партии. Я пребывал в этом качестве 12 лет подряд.

Секретарем горкома был избран Александр Платонович Ботвин. Он нравился коммунистам, умел слушать посетителей, другое дело, не всегда помогал. От него зависело многое, но не все. В этом я убедился. На должности первого секретаря Киевского горкома Компартии Украины он проработал несколько сроков.

Заведующим отделом науки и культуры был Виталий Васильевич Джемелинский. Заведующим сектором был Николай Николаевич Назаренко, а инструктором — Анатолий Васильевич Гузенко. С ними у меня не было никаких разногласий. Н.Н. Назаренко взяли на работу в аппарат ЦК компартии Украины. В горком пришел Юрий Викторович Мельник — бывший сотрудник Института педиатрии, акушерства и гинекологии. С ним у меня отношения не сложились.

В одном из выступлений генсека КПСС было высказано мнение о необходимости создания профильных комиссий при райкомах, горкомах и обкомах партии, которые бы контролировали и профессионально информировали руководителей партии о делах на производстве и развитии отраслей народного хозяйства. В Киевском горкоме партии было создано 12 комиссий, в том числе и комиссия «Здоровье». На бюро горкома меня утвердили председателем этой комиссии. В комиссию вошли академики Л.Л. Ромоданов, Е.М. Лукьянова, профессора М.Г. Шандала, Н.Т. Терехов, Н.С. Пилипчук, Н.М. Сергиенко, Л.П. Павлова (секретарь), заведующая горздравотделом Г.Г. Бородай, главные врачи: Т.П. Новикова, Е.С. Паламарчук и Ю.В. Мельник (сотрудник горкома партии).

Все это люди чрезвычайно занятые, как профессионально, так и на общественной работе. В лучшем случае они приезжали на заседания комиссии, уходили раньше времени, поскольку у них были другие мероприятия. Мы составили городскую программу «Здоровья», которая фактически включила все службы здравоохранения города, включая санитарно-гигиенические мероприятия и внешнюю среду города.

Когда Ю.В. Мельник стал работником горкома, он мне показал большой двухстворчатый металлический шкаф.

— Видишь, — сказал он мне, — шкаф пустой; его нужно наполнять документами о здравоохранении и медицинской науке Киева.

С этого времени не было дня, чтобы от Мельника не было звонка о предоставлении какого-либо акта, справки, характеристики. Справки он требовал от всех — главных врачей, горздрава, директоров институтов. Этот шкаф поглощал уйму документов и все ему было мало. По линии комиссии «Здоровье» — участились проверки больниц и институтов. После каждой проверки — копию Мельнику. Если в справке мало отрицательных фактов, значит справка не объективная, справку переделывали, дорабатывали.

В течение года я добросовестно относился к этой работе. Работа с лечебными учреждениями и институтами медицинского профиля шла более-менее благополучно. Плохо было с промышленными пред-

приятиями. Программа «Здоровье» предусматривала улучшение экологической среды в городе. Заводы города обязали уменьшать выброс вредных веществ в атмосферу, загрязнять реки, почву, совершенствовать водоснабжение, канализацию и т.д. Время проходило, а к выполнению взятых обязательств, записанных в программах, никто не приступал. Директора предприятий объясняли это тем, что на эти цели вышестоящие киевские и московские (союзные) организации средств не выделяли. Хозяйственным способом не всегда можно было выполнить запланированное. Большинство этих проблем не решено и через 25 лет.

Отчетливо просматривалось и другое. Бюро горкома партии хоть и утвердило указанную программу «Здоровье», ходом исполнения ее никогда не интересовалось. Ни на одну справку, поданную нами Мельнику, секретари горкома и заведующие отделами в своих докладах не ссылались, не реагировали на факты, о которых мы сообщали в справках, актах проверки.

Кстати, через какое-то время горком партии ликвидировал все упомянутые комиссии, за исключением «Здоровья». На сохранении ее настоял Ю.В. Мельник, иначе ему не было бы работы. Все работали на него. Об эффективности и целесообразности работы комиссии свои соображения я высказал заведующему отделом горкома партии В.В. Джемелинскому. Какой смысл в нашей работе, если все оседает в шкафу у Мельника?

С этого времени отношения с Ю.В. Мельником стали быстро портиться. Члены комиссии несколько раз мне высказывали свое недоумение по поводу того, что наша комиссия работает вхолостую. Никаких организационных мер по нашим справкам не принимается. Мнение членов комиссии игнорировать нельзя.

Я пошел к секретарю горкома партии Богдану Дмитриевичу Головки. Выслушав меня, он что-то записал в своем рабочем дневнике.

Результатом визита был только очередной скандал с Ю.В. Мельником: дескать, я умаляю его авторитет в горкоме.

Вскоре В.В. Джемелинский ушел работать проректором политехнического института. Его должность заняла Р.И. Червякова. Я полагал, что она пригласит меня для разговора о работе комиссии «Здоровье». Время шло. Она молчала. Через две недели инициативу проявил я. Созвонившись по телефону, мы договорились о встрече. Во время визита она без интереса слушала мою информацию, не задала ни одного вопроса, ничего не предложила.

Я понял: работа комиссии ее не интересует. Больше я к ней не обращался.

В Совете по внедрению достижений медицинской науки в практику здравоохранения при Киевском горкоме партии мы специально анализировали качественные показатели неотложной помощи населению города.

При непроходимости кишечника, остром аппендиците, холецистите, ущемленной грыже сократились сроки госпитализации в стационар от начала заболевания. Улучшились результаты оперативного лечения.

В третьем разделе городской программы «Здоровье: медицинская наука — здравоохранению» показана роль и место медицинских научных учреждений в оказании практической помощи лечебным учреждениям города. Предложения касались новых методов диагностики, лечения, оперативной техники, ведения послеоперационного периода, профилактики осложнений во время и после операции. Были предложения по вопросам реанимации, интенсивной терапии, централизованной диспансеризации, предупреждению болезней, имеющих социальное значение, водоснабжения и т.д.

Вскоре городская программа «Здоровье» прекратила свое существование. В одних случаях предприятия не предусматривали средства на совершенствование производства и разработку безотходных производств, в других — не было средств на приобретение новой аппаратуры, в третьих — карты спутало перепрофилирование лечебных учреждений, в четвертых, не было средств на новое строительство, и, главное, — участники программы потеряли интерес к ней, увидев малую эффективность своих усилий.

Но все-таки детально разработанная программа, доведенная до исполнителей с учетом их возможностей, частично внедрялась, выполнялась и совершенствовалась медицинскую помощь в г. Киеве.

Трудно дать объективную оценку роли программы «Здоровье» в улучшении экологии и здоровья жителей Киева. Точно также, как и трудно определить затраченные умственные и физические силы руководителей программы на ее претворение в жизнь.

Во всяком случае, исполнители программы направляли свои силы, знания, опыт на улучшение экологической среды и здравоохранения в Киеве. Сожалею, что не все запланированное получило путевку в жизнь. Уже тогда мы наблюдали сокращение финансирования здравоохранения, труднее стало с медикаментами и аппаратурой, с новым строительством, но этому были свои причины, ставшие нам известными в 1990-х годах.

Б.Д.Головко вскоре ушел работать ректором одного из институтов Киева.

На его место избрали Виктора Ивановича Михайловского, которого я знал с 1969 года, с которым у меня сохранились самые хорошие, доброжелательные отношения. Он был настоящим интеллигентом. После учебы какое-то время работал на дипломатической работе, затем инспектором ЦК Компартии Украины. Инспекторы КПУ обычно были кандидатами на высокие должности в партии. Так случилось и с Михайловским — его на пленуме избрали секретарем горкома партии. Я надеялся, что работа с горкомом партии у меня войдет в нормальное деловое русло.

Время шло...

Затем первым секретарем Киевской партийной организации стал Юрий Никифорович Ельченко (бывший секретарь ЦК комсомола Украины и министр культуры). У меня, но и не только, создалось впечатление, что Ю.Н.Ельченко случайно оказался на этой должности. Во время выступлений доклад он читал от начала до конца. Когда сбивался со строчки, следовало протяженное «э...э...э...», пока не находил нужное место. Даже заключение по обсуждению его доклада было написано заранее. Материалы выступающих в прениях по докладу Ю.Н.Ельченко заблаговременно редактировались аппаратом. В прениях выступали только те, кому было предложено. Вне списка выступления не практиковались. Повестки пленумов, как правило, были стандартные. У меня создалось впечатление, что проекты решений были точно такие, как в минувшие годы, — менялись только даты праздников, съездов, пленумов и т.д. На пленумах обсуждались промышленно-хозяйственные вопросы развития города. Вопросы состояния здравоохранения, образования, высшей школы не заслушивались.

Практически никакого влияния киевского горкома Компартии Украины на здравоохранение и медицинскую науку я не ощущал. В конце каждой пятилетки работники горкома активно занимались представлением людей к наградам и готовили наградные дела. Аппарату горкома сообщали о количестве выделенных наградных знаков. Далее они распределяли их по учреждениям.

Прием в партию интеллигенции сдерживался. Это объясняли тем, что в Киевской партийной организации преобладали служащие: в 1971 году — 56,9%, в 1976 — 51,1%, в 1979 — 55,7%. У нас в институте почти 75% коммунистов были приняты в партию еще во время Великой Отечественной войны. Каждый год Шевченковский райком Компартии г. Киева институту выделял одно место. По нашему предложению в партию были приняты В.И.Зубко, Л.А.Пыриг, И.И.Горпинченко, А.С.Переверзев, Н.Д.Алехин, Н.А.Сайдакова, Г.Г.Никulina.

По статусу горкома партии меня как кандидата в члены пленума знакомили с протоколами бюро горкома партии, из которых было видно, что с конца 1970-х годов из партии по разным мотивам выбывали молодые рабочие (несвоевременная уплата партвзносов, морально-бытовое разложение, без объяснения причин и т.д.). Интеллигенция из рядов партии не выбывала.

В Киеве создавался музей города. Однажды ко мне пришли сотрудники музея и сообщили, что по решению бюро горкома я должен передать некоторые личные вещи, книги, документы, фото для музея. Я дал. Позже видел экспозицию, посвященную мне как ученому, но после 1987 года она была отправлена в запасники.

Цензура была строгой. Однажды секретарь Шевченковского райкома партии А.А.Пеший позвонил мне и предложил выступить на городском собрании медицинских работников, предварительно согласовав с ним текст выступления на 2 страницах. На второй день я получаю отпечатанный текст на 2 страницах, но на 30% измененный. Добавлены фразы с медицинской точки зрения абсурдные, директор института такого говорить не мог, фразы газетные — ни о чем. В процессе выступления правку секретаря райкома изменил. А.А.Пеший это заметил и мне выговаривал, наверное, следил по своему тексту во время моего выступления.

Как-то дня за два до выборов депутатов в местные советы секретарь райкома партии Л.П.Бондаренко сообщает, что меня рекомендуют выдвинуть кандидатом в депутаты Шевченковского райсовета народных депутатов. Я начал отказываться, мотивируя большой профессиональной нагрузкой. Меня оставили в покое. Через время напомнили. Я спутал чьи-то планы, кому-то добавилось работы — срочно пришлось подбирать кандидатуру. Это вызвало недовольство отцов города.

Заведующими отделом здравоохранения ЦК Компартии Украины работали последовательно А.Н.Зелинский, Н.И.Ястреб, А.М.Сердюк, инструкторами — Ю.Д.Усенко, В.В.Землянский, Л.И.Бугай, Н.Н.Назаренко.

А.Н.Зелинский — порядочный, добрый и незлопамятный человек, больше слушал, свое мнение высказывал обдуманно. А.А.Титаренко советовал мне приходить в ЦК раз в полгода и докладывать о положении дел в институте. Советом я воспользовался и периодически являлся в ЦК Компартии Украины, как правило, к Ю.Д.Усенко или Ф.М.Рудичу, А.Н.Зелинскому, А.М.Сердюку, с которыми было приятно иметь дело.

Я был знаком со многими партийными работниками всех уровней. В общем и целом у меня с ними складывались деловые взаимоотношения. Всегда был с ними ровный, выполнял их многочисленные просьбы и поручения как врач и директор института. Партработники, с которыми я был хорошо знаком и поддерживал деловые отношения, были компетентные, грамотные и, в целом, доброжелательные люди.

С началом 80-х годов в партаппарате что-то случилось. Люди начали меняться, стали держать себя более официально. Чуть что, дай справку, объяснение. Говорили, после смерти Л.И.Брежнева и Д.У.Черненко Ю.В.Андропов работу с аппаратом ЦК КПСС ужесточил. Она была нацелена на усиление руководящей роли партии в стране. Постепенно работники партаппарата перестали слушать посетителей, стали больше декларировать, а указания следовали одно за другим. Стали больше вмешиваться в работу предприятий и учреждений, используя для этой цели кроме официальных каналов, анонимщиков. Все чаще вмешивалась в дела учреждений комиссия партконтроля. Следовали наказания. Оправдания коммуниста парткомиссиями были единичные.

Началась эпидемия анонимок. В то время руководители оказались под двойным обстрелом с «фронта» и «тыла». Теперь руководитель принципиальным быть не мог. Чуть что, анонимка в горком, райком, газету, прокуратуру, КГБ и т.д. Руководители, стараясь быть менее уязвимыми, все чаще согласовывали вопросы в парторганах, принимали решения коллегиально с парткомом, месткомом. Создавалась иллюзия усиления руководящей роли партии в работе каждого учреждения. За руководителем осталась только единоличная ответственность. Общественные организации как коллективные органы к ответственности не привлекались.

Официально считалось, что анонимки — явление вредное. Но по мнению руководителей партийных организаций они дают информацию о жизни в коллективах, о взаимоотношениях, злоупотреблениях и т.д. На заседании «круглого стола» в редакции газеты «Прапор комунізму» только представители партийных органов отстаивали анонимку как полезную для получения оперативной и текущей информации о коллективах и руководителях (Газета «Прапор комунізму» от 22.01.1988 г., статья Л.Яковенко «Вирок анонімці»).

Более того, со временем анонимки стали заказными. Заказчики были партийные органы. Я не хочу сказать, что руководство райкома, горкома и т.д. давало указание писать анонимки на неугодных специалистов. Для этого были аппаратчики. Они понимали что к

чему. Сначала вокруг человека создавали вакуум. Его не принимало начальство. Давали понять — дела пошатнулись. С ним перестают общаться. Аппаратчики знают, этого человека надо добить. Вот тут заказная анонимка и нужна. Один фактик — правильный или неправильный, это не имеет значения. А ты объясни. Раз объясняешь, а объяснения обязательно требуют, значит, уже наполовину виновен. Сравнили текст объяснения с анонимкой — что-то не так, опять объясни. Пошло и поехало.

Закончили с одной анонимкой — человек оправдался. Тут же следующая, и все начинается сначала. Дело разбухает. Через время очередная проверка. Дело подходит к развязке: сколько можно терпеть нестабильное состояние в коллективе? Проверка закончилась. Материала достаточно для бюро райкома. На бюро дело докладывает заведующий орготделом райкома, членов комиссии нет. Вопросов задать некому — поскольку заведующий орготделом знает только то, что написано, а вернее подчеркнуто в справке. Оправдаться нельзя. Наказание обеспечено.

У меня сложилось впечатление, что, если бы не было наградных компаний, выборов в Верховные Советы и анонимок, работникам партаппарата в 80-е годы делать было бы нечего. Разве что верстать встречные планы, не обеспеченные финансированием, и заниматься ленинскими субботниками.

Кроме того, во всех отделах Киевского горкома партии завели себе помощников на общественных началах (в основном это были военные в отставке), которые занимались написанием и обобщением справок. В кабинетах аппарата горкома все время увеличивается количество сейфов.

В Киеве перед каждой партийной конференцией кандидатам и членам горкома партии предлагали в письменной форме дать свои предложения для горкома партии. В общем-то такое решение горкома партии я считал правильным. Ведь среди членов горкома были если не самые видные представители города, то, во всяком случае, это были руководители крупных заводов, учреждений, ученые, известные практики, герои труда и т.д. Вполне естественно, что они могли подсказать секретарям много полезных идей для усовершенствования работы горкома и улучшения работы и жизни города.

Первый раз в своих предложениях я написал о том, что Киев — город университетский, научный центр республики, что в нем учится много талантливой элитной молодежи, которую необходимо задержать в столице независимо от того, есть у них прописка в городе или нет. Им нужно дать возможность продолжить учебу в аспиран-

туре или принять на работу в НИИ, которые в то время в столице интенсивно развивались. Выбор у администрации институтов был ограничен. Выбирать можно было не среди элитной части выпускников вузов, а среди тех, кто имел постоянную прописку и жилье в Киеве. Не желая остаться без кадров, я, как директор института вынужден был вакантные места нередко заполнять посредственными людьми, но имеющими право работать в Киеве.

Кроме того, в своих предложениях я рекомендовал построить для ученых клуб деловых встреч, где бы ученые разных специальностей могли обменяться мнениями по интересующим смежным вопросам, если хотите, вместе пообедать, отдохнуть, но самое главное — обменяться информацией по смежным профессиям и дисциплинам. Подобные клубы нужно бы сделать и для студентов — будущих командиров производства и ученых институтов. Я обосновал свои предложения и передал их в оргинструкторский отдел Киевского горкома партии.

Вскоре меня пригласил к себе А.П.Ботвин — первый секретарь горкома.

По поднятым мною вопросам у нас состоялась почти часовая беседа.

Я ему рассказал о трудностях во время подбора кадров в период становления института. Мало было отлично успевающих, грамотных выпускников институтов с широким культурным кругозором. Почти совсем не было выпускников, знающих достаточно хорошо иностранные языки. Тех, кого мы отбирали в аспирантуру, после успешного окончания ее иногда приходилось отчислять из штата института в связи с отсутствием у них киевской прописки... Некоторые устраивались с жильем под Киевом, но в таком случае они тратили много времени на дорогу. Статус прописки в Киеве как бы санкционировал «утечку мозгов» из столицы. В 90-е годы это стало трагедией для Киева, когда начался массовый отъезд на Запад молодых, способных, талантливых аспирантов и ученых из Академии наук и отраслевых научно-исследовательских институтов. А.П.Ботвин не поддержал идею разрешения постоянной прописки для аспирантов и молодых специалистов, отобранных для работы в научно-исследовательских институтах, создание деловых клубов для специалистов производств, ученых, командиров отраслей промышленности. Еще хуже он отозвался о создании межвузовского студенческого клуба, по его мнению, для этого еще не наступило время, дескать, их, студентов, сейчас опасно собирать всех вместе.

Тогда я не знал, что в киевских институтах появлялись «инакомыслящие» люди и диссидентские настроения.

В те годы партийные органы беспокоили проблемы диссидентства среди студенчества. Открыто об этом мало говорили. Делали вид, что ничего не происходит. Действительно, на пленумах горкома об этом вопрос не стоял. Может быть, обсуждали на бюро... я не знаю.

На собраниях актива здравоохранения города, участником которых я был, не сходила с повестки дня работа участковой медицинской службы. Текущая участковых врачей, несмотря на более высокую зарплату, не позволяла создать стабильные кадры и регулярно совершенствовать их последипломную подготовку. Участковую службу каждый год пополняли выпускниками вузов.

В некоторых выступлениях специалистов уже тогда, правда, очень робко, поднимался вопрос о семейном враче. Однако эта должность не вписывалась в структуру советского здравоохранения. Кроме того, тогда, как и теперь, не был очерчен статус семейного врача. Работая в комиссиях горкома партии, мне приходилось заниматься вопросами организации участковой медицинской службы.

В очередном запросе горкома перед городской партийной конференцией аргументировал в письме новые принципы работы участкового врача. Посоветовался со многими коллегами, главными врачами, завоблздравотделами, когда выезжал в области для изучения урологической службы. Одни мой план одобряли, другие одобряли не все, третьи напрочь отвергали, четвертые говорили, что они что-то подобное подавали у себя, но ответа на свои предложения не получили. Советовали не огорчаться, если я не получу поддержки.

Суть моего плана организации участковой медицинской службы в крупном строящемся городе состояла в следующем.

В Киеве происходит массовое жилищное строительство (тогда застраивались Оболонь и Борщаговка). Как правило, в новых районах плохо с транспортом, медицинским обслуживанием, школами. Вообще соцбыт на новостройках отставал.

Поэтому я предлагал в новых жилых массивах выделять квартиры для участковых врачей, а под их квартирой, скажем, на первом этаже, вторую квартиру выделять для амбулатории участкового врача. Штат такого учреждения должен числиться за поликлиникой района и состоять из врача, двух медицинских сестер и санитарки. В амбулатории должна быть теплая, холодная вода, электричество, газ и обязательно телефон и все необходимое для работы участкового врача. Свое предложение, его преимущества обосновал, считая, что это особенно удобно для пожилых людей.

Я понимал, что в Киеве на всей территории города этого сделать нельзя. Вопрос сразу же коснется квартир для врачей, и специально встроенных кабинетов для врача, желательно в одном доме.

Однако Киев строится. Строятся большие и отдаленные микрорайоны, а там это сделать можно. Причем необходимо квартиру врача и амбулаторный комплекс вносить в проект строительства жилых зданий.

На свои предложения в горкоме партии я не получил ответа. Товарищи заранее предупреждали меня, если предложение не пройдет, не настаивай, а также рекомендовали не огорчаться, дескать, в горкомах на полках находятся «братские могилы» многих предложений коммунистов. Похоже, что оно так. А жаль, что не приняли, даже не обсудили мое предложение. Город ведь строился: построили Теремки-1, Теремки-2, Троещину, Харьковский массив, Беличи, поселок Виноградарь, Вознесенский жилой массив. На этих жилых массивах живет теперь больше половины киевлян. В большинстве жилых массивов социальная служба отстает, особенно медицинская. В конечном итоге, дают же квартиры участковым врачам. Но живут они в одном конце города, а работают — в другом. Точно так же и больные из новых районов с трудом добиваются на городском транспорте до поликлиник, которые их обслуживают.

На очередной запрос горкома перед городской партийной конференцией мои предложения касались работы станции скорой медицинской помощи г. Киева.

Мое предложение сводилось к следующему.

В целях уменьшения неоправданных вызовов бригад скорой медицинской помощи целенаправленного вызова специализированных бригад я рекомендовал привлечь к работе в скорую медицинскую помощь врачей, живущих в различных микрорайонах города, вне их рабочего времени, разумеется, за дополнительную оплату. Если диспетчер скорой помощи предполагал, что с конкретным случаем может справиться местный врач, то он мог переключить на него вызов.

Местный врач мог сделать все необходимые назначения и поставить в известность диспетчера — вопрос о выезде бригады скорой помощи отпадает.

Врач, осмотрев больного, мог подтвердить необходимость приезда бригады скорой помощи, при этом указать, какую именно бригаду нужно прислать: реанимационную, кардиологическую, травматологическую и т.д.

Польза от моего предложения следующая: больного скорее посетит врач; раньше начнется лечение, что нередко имеет решающее значение в исходе болезни; к больному приедет специализированная бригада и сразу же доставит его в специализированное учреждение; рациональнее используются бригады скорой медицинской помощи, транспорт и т.д.; врачи имеют дополнительный заработок; в городе станет больше врачей, которые в совершенстве овладеют методами оказания скорой медицинской помощи.

Принятие моего предложения увеличит нагрузку на администрацию скорой медицинской помощи, поскольку придется заключать и перезаключать контракты с врачами на обслуживание больных, изыскивать деньги для взаиморасчетов. Хотя часть денег в службе скорой медицинской помощи будет экономиться за счет экономии на обслуживании вызовов, которые не потребуются теперь.

Если не по всему городу, то в каком-то одном из районов г. Киева эту схему обслуживания остро заболевших людей «обкатать» можно было бы. По поводу моих предложений меня никто не пригласил для объяснений. Все мои предложения, как тогда говорили, попали в «братскую могилу» горкома. Я не жалею, что вносил такие предложения. Может, мне нужно было быть более настойчивым в продвижении моих предложений...

* * *

Заканчивая раздел «Общественная работа», я не могу сказать, что на общественную работу время было потеряно зря. Я всегда старался в общественной работе найти смысл и какой-то интерес для себя, я не замыкался в сугубо профессиональных рамках. Старался расширить круг своих знаний. Старался общаться с большим числом людей, уметь с ними контактировать, находить общие интересы, использовать их как директору института. Иные могут сказать — это тяжело. Да, тяжело, но интересно, и ради этого стоит заниматься общественной работой. Она приносит неприятности? Да, приносит, и мне принесла немало огорчений, но и приятных воспоминаний достаточно.

ПЕРЕСТРОЙКА

Периоду перестройки, демократии и гласности в Советском Союзе предшествовало время, которое современники назвали застойным. Для меня это время было профессиональной зрелости, творческого взлета, широких возможностей. Занимая ведущие должности в урологической службе Украины и имея широкие связи с ведущими урологами Союза, я активно влиял на развитие урологической науки и организацию специализированной урологической помощи населению.

При моем участии решались научные направления деятельности института, подготовка кадров высшей квалификации по профилю института, проведены три республиканских съезда, две республиканские конференции, четыре пленума урологов и два симпозиума, в работе которых принимали участие почти все ведущие урологи Союза, что определяло уровень и авторитет работы проведенных форумов и повышало значение принятых решений. Для улучшения организации специализированной помощи населению наши сотрудники принимали участие во всех урологических, нефрологических и сексологических форумах Советского Союза в качестве докладчиков или активно участвовали в дискуссиях.

Большинство научных тем в институте заканчивалось патентами или авторитетными свидетельствами.

В консультативной поликлинике института ежегодно принимали 10—12 тыс. больных по следующим специальностям: урологии детской и взрослой, нефрологии детской и взрослой, онкоурологии, уротуберкулезу, сексотопатологии и трансплантации почек. В клиниках института ежегодно выполнялось 3 700—4 000 оперативных вмешательств, как правило, наиболее сложных. Пересадка почки вывела нас на мировой уровень исследований.

В отделе пластической и восстановительной урологии я руководил научными темами и выполнял сложные, нестандартные, разно-

образные операции, включая пограничные с акушерством и гинекологией, хирургией, онкологией и трансплантологией.

В какой-то момент я почувствовал вокруг института и себя вакуум. Я знал ему цену. В то время об этом часто писали в местных и центральных газетах. В качестве первого шага для кадровых решений вокруг руководителей учреждений заказными анонимками создавали вакуум. Проверки анонимок давали возможность дестабилизировать работу коллектива и заканчивались отрицательной оценкой работы предприятия (учреждения) и были поводом к снятию с работы директора. Прецеденты были в Киеве: так освободили от работы директора Института гематологии, фармакологии и токсикологии, туберкулеза. Так случилось и со мной.

Нужно сказать, что этому лицемерному пути была нормальная альтернатива. Должность директора института является номенклатурой Минздрава, и Минздрав по своему усмотрению (или указанию) мог снять меня с должности, поблагодарив за многолетнюю успешную работу. Однако общей практикой был псевдодемократический, подлый путь оговаривания и обвинения. Снятия за грехи, а не по высочайшему произволу. Причем, это был принятый стиль партийной кадровой работы.

Хочу признаться, что у меня отболело. Более того, Бог миловал не быть директором в перестроечное время и время экономического кризиса. Тем не менее, как документ духа времени, описанные события могут представлять интерес.

Я пошел к А.М.Сердюку, который курировал наш институт по линии ЦК КПУ. В разговоре со мной он сказал, что ЦК КП Украины ни к институту, ни ко мне никаких претензий не имеет.

Посоветовал поговорить с секретарем киевского горкома партии В.И.Михайловским. Последний в заключение нашей, в общем хорошей беседы, сказал: не ищите себе врагов, не воюйте с ветряными мельницами.

Беседа с В.И.Михайловским меня не успокоила, а развитие событий вокруг нас не прекратилось. Сотрудники тоже почувствовали вакуум вокруг института. Спрашивали меня, что же случилось.

В начале апреля 1986 года наш куратор в киевском горкоме Компартии Украины направил к нам в институт комиссию, состоявшую из научных сотрудников, которая написала вполне приличный акт о работе института. В мае месяце государственная комиссия у нас приняла годовой отчет с положительной оценкой о научной деятельности за 1985 год. В июле назначена очередная комиссия тем же сотрудником горкома партии, состоящая, как и первая, из научных

сотрудников различных клинических институтов города Киева. Она тоже положительно оценила нашу работу. Но все это не устраивало нашего куратора в Киевском горкоме партии. (Чернобыльский год, но у него свои заботы). Партийные органы решили дополнительно проверить финансовую деятельность института силами финансовых работников Московского района г.Киева, что их очень удивило, поскольку им никогда ранее не поручалась проверка учреждений республиканского уровня — это задача Министерства финансов или контрольно-ревизионной комиссии МЗ Украины. Удивительного тут ничего не было. На финансистов районного звена горком, народный контроль города могли влиять в нужном направлении.

В своем акте комиссия отметила, что мы содержим сверх штата заведующую библиотеки (это-то в научно-исследовательском институте!), начальника снабжения (это в период строительства нефрологического корпуса) и незаконно содержим уборщицу в административных помещениях института (уборщица получала 30% надбавки к зарплате за расширение сферы обслуживания, что тогда было узаконено инструкциями МЗ Украины). Акт комиссии передали в народный контроль Шевченковского района.

Правомерность акта комиссии у нас вызвала подозрение. Штатная структура института определена приказом МЗ УССР и ежегодно переутверждается. Штатному расписанию большое внимание уделяет планово-финансовое управление, прежде чем передать приказ на подпись министру. Штат административно-управленческого аппарата утверждался отдельно.

Показываю акт проверки В.А.Артамонову, заместителю председателя комитета народного контроля республики. Он поручил разобраться в нашем вопросе В.Д.Трояну. Последний связался с юристом МЗ УССР Долинским, который, ознакомившись с актом проверки финансистов, дал заключение, что директор института действовал в рамках служебных инструкций, принятых в Минздраве УССР. На этом дело закончилось. В комитет народного контроля Шевченковского района г.Киева нас не вызывали, но вызовут позже. Мы с парторгом И.И.Горпинченко решили пригласить в институт С.В.Волошину, первого секретаря Шевченковского райкома партии, где состояли на учете, и поговорить с ней о работе коллектива института. По разным причинам визит переносился. Он состоялся в августе 1986 года. Поводом было партийное собрание.

В заключение нашей беседы С.В.Волошина сказала, что она составила собственное благоприятное мнение об институте, партийной организации, отдельных коммунистах — теперь ей будет легче с нами работать. Работайте спокойно. Я вас буду поддерживать.

Через месяц после беседы с С.В.Волошиной в институт пожаловала очередная комиссия, назначенная горкомом партии. Комиссия состояла из научных сотрудников других институтов. Они провели тотальную проверку всех структурных подразделений института. В справке работа института оценена положительно.

Подписав акт 22 сентября, на следующий день я улетел в семидневную научную командировку в Египет.

По приезде в Киев узнаю, что институт проверяет очередная комиссия, на этот раз назначенная Шевченковским райкомом партии. Акт предыдущей комиссии сочли необъективным. На вопрос: кто так посчитал, ответа не получили ни я, ни парторг института И.И.Горпинченко.

Почему потребовалась дополнительная комиссия Шевченковского райкома партии, составленная наполовину из практических врачей, состоящих на партийном учете в Шевченковском райкоме партии г.Киева? Прошло всего 10 дней, как закончила проверку института комиссия горкома партии. Чем их не устроила справка, составленная специалистами, знающими специфику работы научно-исследовательского института?

От И.И.Горпинченко узнаю, что со времени окончания августовской комиссии горкома поступил ряд анонимок из различных инстанций Украины и Союза, в которых я обвиняюсь в преследовании ведущих профессоров института, сдерживании компьютеризации в институте, что диссертационные работы выполняются на низком профессиональном уровне, что в моей клинике мало тематических больных, что мы не занимаемся изучением наиболее распространенных урологических заболеваний. Узнаю, что за время моего отсутствия переслали анонимку из ВАКа, в которой речь идет о нарушениях в работе специализированного совета.

Председатель комиссии А.И.Кризский своей властью отстранил от работы с членами комиссии руководство института: главного врача В.И.Пшегорницкого, зам. директора по науке профессора Л.А.Пырига, председателя группы народного контроля института Е.Я.Барана и секретаря партбюро И.И.Горпинченко. Комиссия контактирует только с ученым секретарем Траченко и профессором Г.Ф.Колесниковым, внештатным сотрудником КГБ, что он часто афишировал, бравировал этим, чтобы его опасались. Проверяют документы отдела кадров, бухгалтерии и диссертационные документы в защитном совете. Что-то ищут в амбулаторных карточках в поликлинике.

Пригласил к себе членов комиссии А.И.Кризского, зав. райздрава Шевченковского района г.Киева и заведующую районной поликлиникой, которые уже включились в проверку подразделений института. Из беседы понял, что мы по-разному трактуем отдельные положения закона о труде, методы подготовки диссертации в научно-исследовательском институте, правомерность моих приказов, которые уже четыре года визирует юрист института. Не может быть в институте столько недостатков — нас уже несколько раз проверяли комиссии райфинотдела, Минфина, КРУ МЗ УССР. От главбуха, заведующих структурными подразделениями, завкадрами, юриста узнаю: комиссия их объяснений не принимает во внимание, просто игнорирует. Ясно — идет целенаправленный сбор фактов, компрометирующих директора института, людьми, состоящими на учете в Шевченковском райкоме партии и некомпетентными в работе научно-исследовательских институтов.

Звоню секретарю райкома С.В.Волошиной. Она сказала: раньше проверяли работу администрации института, теперь проверяют партийную организацию?! Прошу ее включить в состав комиссии юриста, поскольку члены комиссии произвольно трактуют законы о труде и приказы по институту. Последовал отказ.

В конце октября узнаю от члена комиссии профессора П.М.Федорченко, что ему в райкоме вернули третий вариант акта, требуют его ужесточения, нужны более веские компрометирующие факты. Комиссия третий месяц с перерывами работает над их сбором. Волонтеристское требование партократов — добывать и включать в акты комиссий только компрометирующие факты. Поведение комиссии вызывает резко негативную реакцию коллектива института, дестабилизирует работу, нервирует врачей.

Сентябрь и октябрь в институте — время подготовки и оформления годовых отчетов. Члены комиссий во все вмешиваются, опрашивают сотрудников по одиночке в отведенной им комнате, требуют только отрицательные факты, в основном на директора.

Я пригласил Л.А.Пырига и высказал ему свои опасения о подготовке к годовому отчету. Действия ученого секретаря В.А.Траченко у нас вызвали большое беспокойство и недоверие к нему. Л.А.Пырига я попросил побеседовать и просмотреть более внимательно предварительные материалы по научным темам, заканчивающимся в этом году: отчеты, диссертации, авторские свидетельства, публикации и т.д.

Сотрудники возмущены методами работы комиссии, вымоганием отрицательных фактов, порочащих директора института. Стало

быть, проверяют не партийную организацию института, а копают под директора.

Общая справка комиссии Шевченковского райкома партии не готова, по крайней мере нам так говорят, а потому с ней нам не дают ознакомиться. Окольным путем узнаем — ее ужесточают. К оформлению справки дополнительно в комиссию привлекли профессора В.В.Жилу, состоящего на партучете в Шевченковском райкоме партии. Доверительно он мне сказал — основное требование к нему — «научно обосновать некоторые отрицательные факты, выявленные комиссией и тем ужесточить справку и придать ей большую “объективность”».

И.И.Горпинченко сообщил мне, что 14 ноября 1986 года нас будут слушать на бюро Шевченковского райкома партии г.Киева. До начала бюро нас с актом проверки института не познакомили. Объяснили, что он еще не готов.

В 17.00 меня, И.И.Горпинченко, Л.А.Пырига и В.А.Траченко пригласили на бюро. С.В.Волошина объявила повестку. Докладчик — заведующий оргметодотделом райкома А.В.Бутков. В работе комиссии он участия не принимал. Просит дать для доклада 15 минут.

С.В.Волошина скомандовала — много, доложите за 10 минут.

Это о работе клинического научно-исследовательского института почти за год работы!

Докладчик читает выдержки из справки:

- нарушается оплата водителей автотранспорта;
- незаконно выдано 15 тыс. рублей премиальных;
- институт нерегулярно выплачивает деньги больнице для обслуживания водников за питание больных (у нас общий пищеблок);
- в институте не проводятся эпидемиологические исследования;
- институт не использует аппаратуру на 54 тыс. рублей;
- Карпенко не посещает городских политинформаций;
- Карпенко ездит в Крым, а не в менее престижные области;
- институт не занимается диспансеризацией больных;
- институт никак не отреагировал на повышение случаев рака мочевого пузыря в Шевченковском районе г.Киеве;

— диссертации выполняются на низком научном уровне.

10 минут истекло. Секретарь райкома остановила А.В.Буткова.

Члены бюро райкома докладчику вопросов по справке не задавали.

Л.А.Пыриг попросил у С.В.Волошиной разрешения задать вопрос докладчику. С.В.Волошина отрезала:

— Здесь вопросы задаем мы.

Первому слово предоставили И.И.Горпинченко. Он сказал, что члены комиссии с ним не общались. Им достаточно было второстепенных лиц — Колесникова и Траченко. Рассказал, какими угрозами эти люди пытались вызвать его на конфронтацию с директором. В своем выступлении И.И.Горпинченко ничего плохого не сказал в адрес директора института. Секретарь райкома С.В.Волошина выступление И.И.Горпинченко прокомментировала так: «Надо же, ничего не сказать о директоре. Разве он посмеет критиковать учителя?». Его выступлением она осталась недовольна — не было поддержки линии бюро райкома.

Слово предоставили мне.

— Со справкой до начала бюро меня не познакомили...

Меня перебил член бюро А.В.Нечаев, председатель народного контроля:

— Так почему же вы не соизволили познакомиться? Кто вам мешал?

Я молча показал на С.В.Волошину и А.А.Пешего.

— Мы имеем право рассматривать результаты проверки парторганизации института без предварительного ознакомления со справкой — отрезала секретарь райкома.

Жаль, что тогда я не знал, что это нарушение устава партии.

За полгода нас проверяли 5 комиссий. 4 комиссии не нашли серьезных нарушений в работе института. Последняя комиссия, как я услышал из доклада А.В.Буткова, использовала факты анонимок и дала им своеобразную интерпретацию. Выдано 15 тыс. рублей премии сотрудникам. Да. Эти средства заложены в бюджет на премирование законченных научных работ после принятия их госкомиссией. Выдаче премии ученым предшествовало обсуждение выдвинутых кандидатов на получение премии на местном комитете и ученом совете института, имеются протоколы, то есть были соблюдены все законные процедуры. Разве это расхищение, как сказано в справке?

Карпенко ездит в Крым. Да. Я ездил. Но далее в справке не указано, что поездка была согласно плану, утвержденному в Минздраве Украины, что поездка была в начале мая, то есть не в курортный и фруктовый сезоны, что мною за 5 дней осмотрены все урологические отделения области, в которых находилось около 600 больных, что были проведены инструктивные совещания с урологами, а наиболее сложные больные направлены в институт. Таковы факты. Они изложены в справке о посещении Крыма. Комиссия с этой справкой не пожелала ознакомиться, хотя ей предлагали.

Также легко опровергнуть другие факты, приведенные в докладе А.В.Бутковым.

Комиссия проверяла Научно-исследовательский институт урологии и нефрологии, в задачу которого входит: развитие уронефро-скопатологической науки и специализированной помощи населению — об этом докладчик А.В.Бутков также ничего не сказал. На что же это похоже? Где же в докладе А.В.Буткова Институт урологии и нефрологии, головной в Украине?

В институте регулярно готовятся кадры высшей квалификации. Открыты новые клиники детской уронефрологии, сосудистой нефрологии и трансплантации почки. Об этом А.В.Бутков ничего не сказал. Материалы, изложенные в докладе А.В.Буткова, не соответствуют истинному положению дел в институте. Это фальсификация. Она не дает права для объективной оценки работы института.

На бюро райкома произошел такой казус. После моего выступления С.В.Волошина сказала:

— Вы даже ничего не сказали, что нарушали закон об алкоголизме (тогда была модной тема — борьба с алкоголизмом).

— В чем же проявилось нарушение его?

— А это? — она достала фотографию: компания на лоне природы сидит вокруг скатерти с выпивкой и закуской — и показала мне. На фотографии меня не было.

— Где же я тут, Светлана Васильевна? Покажите!

Она мгновенно спрятала фото, даже не показала ее работнику горкома Р.И.Червяковой, которая протянула руку.

Ни один из членов бюро райкома не задал вопросов ни докладчику, ни нам, и не выступил. Они лишь единогласно проголосовали за вынесение строгого выговора с занесением в учетную карточку Игорю Ивановичу Горпинченко и мне.

После разбора дела на бюро райкома И.И.Горпинченко просил у секретаря райкома А.А.Пешего акт комиссии для составления плана реализации мероприятий по устранению недостатков в работе института как требовала практика того времени.

Акта ему не дали. Рекомендовали обсудить решение райкома партии на бюро парторганизации института.

В декабре и январе вновь были организованы анонимные письма. Письма писали в разные инстанции: прокурору района, в прокуратуру СССР, МЗ СССР, ВАК, Народный контроль, горком партии, профсоюзы. Мы только и знали, что отписывались. Было ясно, что они организованы партийными органами — об этом я говорил А.А.Пешему, ссылаясь на статью в газете «Прапор комунізму». Он и сам понимал это и пожимал плечами, но никак не комментировал.

Через неделю состоялось партийное бюро института. В райкоме порекомендовали парторгу института И.И.Горпинченко привлечь к партийной ответственности профессора Л.А.Пырига, председателя группы народного контроля профессора Е.Я.Барана, канд. мед. наук Н.А.Сайдакову, доктора Е.И.Шолковского, профессора Л.П.Павлову, главного врача В.И.Пшегорницкого, зав. кадрами М.А.Бессмертную. На партбюро присутствовали секретарь райкома партии А.А.Пеший и инструктор Кризский. На бюро А.А.Пеший справку не зачитал. Зачитал лишь то, что зачитал А.В.Бутков на бюро райкома, поэтому обсуждения работы Научно-исследовательского института урологии и нефрологии, головного в республике, не было.

Члены партбюро института высказали свое мнение о членах комиссии, об их некомпетентности. Профессор Л.А.Пыриг и главный врач В.И.Пшегорницкий говорили о том, что члены комиссии с ними совершенно не беседовали. Они же сообщили, что от некоторых сотрудников члены комиссии требовали компрометирующих фактов на директора института.

Все без исключения члены партбюро института отмечали, что в угоду райкому и горкому партии Г.Ф.Колесников и В.А.Траченко дестабилизировали работу института, советовали сотрудникам давать компрометирующие факты на директора института. Высказывалось мнение, что в период гласности, демократизации нашего общества только на основании объективных фактов можно дать объективную оценку работе института. Г.Ф.Колесников и В.А.Траченко заслуживают партийного наказания. В результате голосования на заседании партийного бюро под контролем и давлением секретаря райкома партии выговоры получили: Пыриг, Баран, Сайданова, Шолковский, Павлова, Пшегорницкий, Бессмертная. По предложению членов партбюро института Траченко и Колесникову записали строгий выговор с занесением в учетную карточку. Если учесть, что ранее выговоры получили мы с И.И.Горпинченко, то по требованию бюро райкома дополнительно наказано 7 коммунистов, два выговора вынесено по нашей инициативе. За 45 лет членства в партии я ни разу не слышал, чтобы одним махом в научно-исследовательском институте райком, горком партии учинили такую расправу над членами институтского партбюро, причем за поддержку директора института.

Теперь предстояло решение партбюро обсудить на открытом партийном собрании. На нем присутствовал А.А.Пеший. Собрание настойчиво требовало огласить полный текст справки, ссылаясь на лозунг партии — гласность и демократия. Секретарь райкома читать

полный текст справки отказался. Из-за этого собрание нельзя было начать.

Едва удалось успокоить участников собрания. Коммунисты сказали А.А.Пешему все, что они думали о райкоме, горкоме, партийных комиссиях, Колесникове и Траченко, не стесняясь в выражениях. Секретарь комитета комсомола Ирина Евгеньевна Сербина привела такой факт. Член комиссии, которого она не знала (по описанию внешности его узнали), требовал написать в комиссию справку о том, что директор института не занимается комсомолом. Когда она отказалась написать, ей пригрозили, что это распоряжение райкома партии. В ответ она сказала, что такого распоряжения райкома партии выполнить не может. Комиссия оставила ее в покое.

Выступающие на собрании коммунисты дали резко негативную оценку действиям Г.Ф.Колесникова и В.А.Траченко и подтвердили факт, что они старались дестабилизировать коллектив института. В.А.Траченко к тому же пытался сорвать подготовку годового отчета по науке, прикинувшись больным. Сотрудники не побоялись сказать, что в институте мутят воду два человека, которые работают по заданию райкома и горкома компартии. Коллектив института работоспособный и это доказывается 20-летней практикой. Собрание единогласно утвердило решение партийного бюро о наказании и привлечении к партийной ответственности коммунистов Г.Ф.Колесникова и В.А.Траченко.

Пользуясь атмосферой перестройки и гласности, коммунисты и другие сотрудники института гневно осудили партократов за то, что они поощряют анонимщиков и пользуются их услугами; не доверяют партийной, профсоюзной и комсомольской организациям института, зная что анонимки разваливают коллективы, порождают склоки среди сотрудников и дезорганизуют в институте научно-лечебный процесс.

Вскоре после бюро райкома в газете горкома КП Украины «Прапор комунізму» появилась статья без подписи под рубрикой: «На бюро райкома», в которой извещалось, что бюро Шевченковского райкома партии рассмотрело вопиющие недостатки в работе Института урологии и нефрологии, штатно-финансовые нарушения и что руководителей привлекли к партийной ответственности.

На эту заметку газета требовала от нас сообщения о принятых мерах. Однако ту часть нашего письма, где мы не согласны с актом комиссии и решением райкома партии, редакция в опубликованной статье опустила.

Получилось, что мы полностью согласились с решением бюро райкома. Подобная фальсификация была правилом в пору тоталитарной партийно-административной системы, когда партийный пресс давил все, что не совпадало с мнением партийных чиновников. Авторитет партийных чиновников у нас в институте упал до нуля и об этом говорили вслух, не таясь.

Годовой отчет о научно-производственной деятельности института за 1986 год был подготовлен в срок. На 9 января 1987 года назначен наш отчет на государственной комиссии. Накануне в институт приезжал председатель Госкомиссии (Госкомиссия назначалась Минздравом), он обошел все лаборатории и урологический корпус института. Не скрывал, что с ним партийцы говорили о проверках работы и намекали, чтобы не было расхождений в оценке работы института, но он будет объективным. Если у нас будет плохо — так и запишет. Будет хорошо — не поступится. Такая принципиальность председателя Государственной комиссии, хирурга по профессии, нам понравилась.

На заседании Государственной комиссии был секретарь райкома А.А.Пеший.

Комиссия выслушала мой отчет. Члены комиссии задали массу вопросов. Это дало возможность профессионально оценить работу института и показать всю многогранность работы лабораторий и клиник, а также сотрудничество института с практическим здравоохранением.

Положительная оценка госкомиссией работы института за 1986 год вошла в полное противоречие с оценкой работы института на бюро Шевченковского райкома партии от 14 ноября 1986 года. На институт значительно усилился партийно-административный пресинг. Стала очевидной конечная цель партократов — освободить меня от должности директора института. Но, пойдя по пути дискредитации директора, умаления достижений института, нарушения этики и устава партии, привлечения подлых людей для решения своих задач, партократы встретили противодействие коллектива. В пору объявленной демократизации и гласности отпор был значительно больше, чем они привыкли встречать в подобных случаях. Борьба перешла в партийные кабинеты.

Имея на руках акт Государственной комиссии, я написал официальное письмо на имя первого секретаря Шевченковского райкома партии, в котором просил поручить парткомиссии райкома партии изучить все материалы комиссии, проверявшей институт, протоколы партбюро и открытого партсобрания, а также первичные матери-

алы деятельности нашего института, после чего повторно рассмотреть вопрос на бюро райкома партии.

Секретарь райкома С.В.Волошина приняла меня в присутствии своих сотрудников А.А.Пешего и А.И.Кризского, под надзором которых проводилась проверка института. Мое письмо она не хотела принимать. Мне пришлось сослаться на Устав партии: любой коммунист имеет право обжаловать решение бюро в отношении его в вышестоящие партийные инстанции.

Это подействовало.

В ответ на мое письмо в райком были приглашены главный врач института В.И.Пшегорницкий, М.А.Бессмертная (кадровик), а также бухгалтер Е.Н.Грабарева и юристы из других учреждений, но проверялся акт частично.

В присутствии секретаря райкома А.А.Пешего и инструктора райкома А.И.Кризского они рассматривали ту часть справки райкомовской комиссии, которая касалась «штатно-финансовых нарушений» (всю справку и на этот раз В.И.Пшегорницкому не показали).

Юрист и бухгалтер, дополнительно привлеченные А.А.Пешиным, не нашли нарушений в фактах, приведенных в справке, которые ставились администрации института в вину. В.И.Пшегорницкий предложил мнение юриста и бухгалтера официально оформить актом экспертизы, что А.А.Пеший категорически отверг.

Мы настаивали на детальном рассмотрении фактов, отмеченных в акте, о диссертациях, которые, якобы, «написаны на низком теоретическом и научном уровнях».

Такая встреча состоялась. Секретарь райкома А.А.Пеший собрал некоторых членов комиссии: профессоров Заноздру, П.М.Федорченко, зав. райздрава Шевченковского района и инструктора А.И.Кризского, а также меня, Л.П.Павлову и А.С.Карпенко (зам. секретаря по идеологии, избранного вместо Колесникова). В справке было записано со ссылкой на профессора Заноздру (ученого секретаря специализированного совета Киевского мединститута): «диссертации, защищенные в спецсовете Института урологии и нефрологии, написаны на низком теоретическом уровне». Такого профессор Заноздра не говорил и нигде не писал. Он объяснил, что не читал диссертаций, что он не является специалистом в области уронефрологии, что не ставил перед собой задачу давать научно-теоретическую оценку более 180 защищенным диссертациям за 10 лет работы специализированного совета, что он проверял делопроизводство ученого секретаря специализированного совета Д.А.Сеймивского.

При этом он выявил недостатки, а именно:

- в одном нужном месте не было печати;
- в другом — подписи;
- в третьем — не было приложено актов экспертизы;
- в четвертом — справка о первичном клиническом или экспериментальном материале составлена не по форме.

Заявление профессора Заноздры подтвердило фальсификацию комиссией его заключения, приведенного в справке райкома. Профессор Заноздра сказал, что кто-то его справку о работе специализированного совета института отредактировал после него. Стало быть, речь идет не о низкой научно-теоретической значимости диссертаций, защищенных в нашем совете, а о недостатках в делопроизводстве и, как видно, не очень существенных. В справке райкома партии очередная фальсификация.

А.А.Пеший сразу же прекратил заседание комиссии, поскольку опасался новых опровержений фактов, записанных в акте проверки института райкомовской комиссии.

Вскоре после этого заседания была написана анонимка в ВАК, в которой информировалось о недостатках в работе специализированного совета и его председателя. Дескать, не согласны с актом, так мы вам анонимку в ВАК.

До этого я дважды в плановом порядке отчитывался в ВАКе о проделанной работе. Работа специализированного совета была признана удовлетворительной.

Для проверки фактов, изложенных в анонимке, МЗ УССР создало комиссию из специалистов, которые подержали в руках каждую диссертацию, изучили содержание работ, рецензии официальных оппонентов, публикации в периодической печати, протоколы защитных советов. Комиссия в своей справке отметила — за 10 лет работы специализированного совета в Институте урологии и нефрологии ни одна диссертация, проходившая через совет, не была отвергнута ВАКом из-за низкого научного уровня и несоответствия требованиям ВАКа. Комиссия отметила, что факты, изложенные в анонимке, не подтвердились.

Было видно, что партийные органы через подставных лиц по ходу проверок планировали поступление анонимок в различные инстанции — в партийные, советские и правоохранительные органы. Анонимки нужны были как повод для дополнительного вмешательства в работу института. Но мы тоже не собирались сдаваться перед несправедливыми обвинениями.

От райкома мы настойчиво требовали разъяснения, как понимать запись в справке: «Институт никак не повлиял на распространение рака мочевого пузыря в Шевченковском районе г.Киева».

Профессор П.М.Федорченко и заведующий Шевченковским рай-здравотделом ничего вразумительного не смогли сказать, в чем же конкретно обвиняется институт и какие, по их мнению, нужно было принять меры и в чем им отказала дирекция института для снижения рака мочевого пузыря в Шевченковском районе г.Киева.

В свое оправдание мы дали прочитать секретарю райкома А.А.Пешему материалы Всемирной организации здравоохранения, из которых было видно, что количество больных раком мочевого пузыря увеличивается во всем мире, что эта проблема глобальная. От внесения поправки в справку он отказался. Тогда через МЗ УССР мы обратились к руководителю Республиканского центра медицинской статистики. А.Н.Мищенко, ознакомившись с обвинениями Шевченковского райкома партии в адрес института, написал: «Рост заболеваемости онкоурологическими болезнями не зависит от института и в настоящее время институт повлиять на снижение заболеваемости в республике, в г. Киеве и Шевченковском районе не в состоянии, так как рост онкологических заболеваний происходит по всей территории СССР и в мире, особенно за счет опухолей мочевого пузыря и предстательной железы».

Секретарь райкома партии А.А.Пеший по прочтении письма А.Н.Мищенко сразу же закончил наше заседание.

На этом обсуждение справки райкома вообще закончилось. Партократам стало ясно — в профессиональном споре нас не победить.

Остаются волонтаристские методы. Они их пустили в ход. Киевский Горком КПУ высказал недовольство действиями А.Н.Мищенко, которому был объявлен партийный выговор фактически за то, что он выполнил служебное распоряжение зам.министра. Секретарь Шевченковского райкома партии С.В.Волошина на мою справку ответа не дала. Она понимала, что фальсификацию и любые оправдания действий райкома партии легко опровергнуть и направить против партократов. Признать неправильность решения Шевченковского бюро райкома партии на основании непрофессиональной справки партийные органы не могли, а потому еще больше закусили удила.

То было время перестройки в разгаре. Было много новаций, в том числе и избрание рабочим коллективом кандидата на должность директора.

Я предложил И.И.Горпинченко обсудить в райкоме возможность выдвинуть мою кандидатуру на собрание коллектива на предмет избрания меня директором института. Райком дал добро. Вскоре такое собрание состоялось. На нем присутствовало 94 человека: члены ученого совета института, члены партбюро, члены месткома, члены комитета комсомола, а также научные работники, врачи и лаборанты с высшим образованием. На собрании я отчитался как директор института, руководитель клиники и в общих чертах как Главный уролог МЗ УССР. После этого принято решение о тайном голосовании. Участникам собрания было роздано 94 бюллетеня. По вскрытии урны комиссия подсчитала и огласила результаты тайного голосования за меня как директора института.

Результаты приводятся ниже.

Бюллетень тайного голосования соответствия профессора В.С.Карпенко должности директора КНИИУиН

Бюллетень комментировать не стану: из него все видно.

19 марта 1987 года из МЗ УССР меня известили, что для очередной комплексной проверки института назначена комиссия из

16 опытных работников Минздрава. Председатель комиссии С.И.Пасечник, работник министерства, контролирующий работу комиссии, инструктор Шевченковского райкома партии А.И.Кризский.

В течение декады акт комиссии был готов. Я был ознакомлен с его содержанием. Акт хороший. А.И.Кризский доложил об этом Ю.В.Мельнику. Он дал резко отрицательную оценку работы комиссии. Обязал С.И.Пасечника ежедневно являться в горком партии к нему с докладом о том, что сделано за день. Началась доводка акта комиссии Минздрава до акта комиссии Шевченковского райкома партии, которого мы целиком так и не видели. У П.М.Перехрестенко, председателя отдела науки МЗ УССР, также был неприятный разговор с Ю.В.Мельником. Ю.В.Мельник обвинял С.И.Пасечника в беспринципности и непонимании сложившейся ситуации. Члены комиссии, сотрудники Минздрава УССР возмущались. В комнате, где они работали, шли постоянные дебаты на высоких тонах. На них давил Ю.В.Мельник, он давил на С.М.Пасечника и А.И.Кризского. Они в свою очередь давили на членов комиссии. Работа двигалась медленно, но в нужном горкому партии направлении.

В различные советские инстанции продолжали поступать анонимки, продолжались их «проверки», дестабилизировалась работа института.

Информированные люди мне говорили, что дело не во мне лично как специалисте. Нужна моя должность. И дело не в районных и городских организациях, они лишь подневольные исполнители воли свыше, которые никак не могут привычными методами справиться с обычным заданием.

В кулуарах на коллегии Министерства здравоохранения мне сообщили, что в Киевском медицинском институте ходят слухи об организации в Киеве научно-производственного урологического объединения путем слияния Института урологии и нефрологии Минздрава УССР, кафедры урологии мединститута, и городского урологического центра.

Вскоре парторг нашего института подтвердил: партийные органы такую идею поддерживают.

Это значит, что Институт урологии и нефрологии будет ликвидирован как самостоятельное учреждение и это автоматически освободит меня от должности директора института. Таким образом, партийные органы нашли юридически оправданное основание освободить меня от должности директора института.

Для меня было ясно, что судьба института этих людей не волнует, как и развитие урологии, нефрологии и сексологии. Желая упре-

дить уничтожение института, который мне удалось сделать ведущим уронефрологическим центром страны, я принял решение уйти с поста директора института.

Я подал заявление министру здравоохранения об отставке.

29 апреля 1987 года коллегия Министерства здравоохранения освободила меня от должности директора института, оставив в должности заведующего отделом пластической и восстановительной урологии, которую я много лет занимал по конкурсу.

Угрозу немедленной ликвидации Киевского научно-исследовательского института урологии и нефрологии мне удалось предотвратить.

Партийные игры, длившиеся без малого два года, для меня закончились. Для партократов они только начались. Закончились распадом Советского Союза и запрещением КПСС, провозглашением независимости Украины.

Кто бы 14 ноября 1986 года на бюро Шевченковского райкома Компартии Украины мог предсказать, что через пять лет эта партия в Украине будет запрещена, что через шесть лет в этом здании, где нам выносят выговоры, разместится Американское посольство? А история освобождения меня от директорской должности станет обычным примером партийного беспредела в тоталитарной державе?

НА КРУГИ СВОЯ

Летом 1987 года руководимая мною клиника вернулась в урологическое отделение Киевской областной клинической больницы, где я начинал работать в 1969 году. На новую базу перешли работать Э.А.Стаховский, П.С.Вукалович, А.В.Пшегорницкий, А.И.Першуков, Ю.А.Гайдаев и аспирант А.Монаф (подданный Бангладеш). Кроме того, ординаторами больницы были: А.В.Рыжак (зав. отделением), С.В.Герасимов, А.В.Борисенко, Ю.Е.Сергейчук, П.М.Чесский и Ю.Малиновский.

Нам сократили сроки выполнения научной темы, посвященной уретерогидронефрозу, на один год. Иначе говоря, мы должны были подать ее как законченную в 1987 году. Сокращение сроков выполненных научных тем объяснили отсутствием финансирования. Новую научную тему мы запланировали по травматическому повреждению мочеиспускательного канала. Новым в ней было изучение нарушения мочеиспускания; распространение инфекции по уретропростатическим и уретровезикулярным путям и вовлечение в патологический процесс смежных органов и тканей, разработка эффективных методов диагностики и лечения.

В ученом совете МЗ УССР тема была утверждена. Но как потом выяснилось, финансы для нее не были выделены из-за отсутствия средств.

Директор института на одном из заседаний ученого совета предложил всем сотрудникам искать спонсоров для финансирования научных тем.

Значит, нужно искать спонсора, который мог быть заинтересован в разработке научной темы. Какое предприятие, учреждение, завод могла заинтересовать травма мочеиспускательного канала и ее последствия? После долгих раздумий я решил обратиться в Республиканский совет профсоюзов к его председателю Виталию Алексеевичу Сологубу. Двести тысяч рублей он выделил с выплатой по 100 000

рублей в год. Сто тысяч рублей пришли на счет нашего института. Сразу 54% этой суммы были сняты для начисления зарплаты. Осталось 46 000 рублей. Как показали расчеты, при наших мизерных ставках этой суммы хватало на целый год. Несколько позже я выпросил у спонсоров еще 500 000 рублей, П.С.Вукалович — около 90 000 рублей, Э.А.Стаховский с помощью спонсоров купил резектоскоп и еще некоторые нужные инструменты.

В 1988 году мы были не только обеспечены финансами, но и помогли институту. Как сказал директор, нам это зачтется в будущем. Действительно, в последующие годы таких острых ситуаций не было. Запланированные темы были профинансированы, но по самому минимуму — фактически только на зарплату и еще кое-какую мелочь. Аппаратуру мы не приобретали. Пользовались тем, что было в больнице — это была существенная материальная помощь институту.

В 1997 году мы закончили две черновыльские темы: влияние малых доз радиации на урологических больных и урологические болезни. Спустя некоторое время мы запланировали еще две черновыльские темы, в которых предполагалось изучение влияния экологической среды (радиации, тяжелых металлов, пестицидов) на урологические болезни и урологических больных. Научные темы были комплексные. В них принимали участие, помимо урологов, биохимики, микробиологи, электрофизиологи, иммунологи, морфологи, а также сотрудники Института медицины труда АМН Украины.

Контрольную группу составили более 2 000 больных гидронефрозом, уретерогидронефрозом, аденомой и склерозом предстательной железы, которые лечились в клинике до аварии на ЧАЭС и были хорошо обследованы. Научные исследования влияния малых доз радиации на урологических больных проводились на протяжении 12 лет.

Отдельные фрагменты наших исследований периодические журналы охотно публиковали. Мы приняли участие в работе IV Всероссийского съезда урологов в Свердловске и 4 Всесоюзного съезда урологов. В 1998 году президиум Академии медицинских наук Украины вручил нам диплом за лучшую научную работу по Чернобыльской тематике.

С переходом клиники в областную больницу интенсивность хирургической работы не уменьшилась. Авторитет клиники среди урологов Украины и Союза был высоким. Больные для выполнения пластических и реконструктивных вмешательств поступали отовсюду.

Мы благодарны главному врачу больницы, заслуженному врачу Украины Андрею Марковичу Клименко за понимание задач нашего отделения. Он никогда не отказывал в госпитализации иногородним больным — взрослым и детям.

В отделении увеличилось число урогинекологических операций у детей и женщин в связи с организацией на базе нашей клиники урогинекологического республиканского центра — приказ МЗ Украины № 185.

В Чернобыльской зоне органами здравоохранения регулярно проводились массовые медицинские осмотры населения. Это способствовало увеличению выявляемости урологических заболеваний, особенно опухолевых, повышению оперативной активности клиники.

Эдуард Александрович Стаховский в 1990-е годы неоднократно принимал участие и выступал с докладами на международных и национальных урологических конгрессах. Привозил «новые песни» и старался их внедрить в клинику. Начал успешно разрабатывать способы лечения инфравезикальной непроходимости различного генеза.

Первая научная тема, которой начал руководить Э.А. Стаховский, относилась к раку мочевого пузыря. Будучи противником отведения мочи на кожу живота при эктирпации мочевого пузыря, он начал внедрять радикальную, но сложнейшую операцию — создание искусственного мочевого пузыря из большого сегмента тонкой кишки. Цель операции — восстановить естественный акт мочеиспускания. Операция требует тщательной диагностики, исключения метастазов. Это стало возможным, поскольку в Киеве появились диагностические центры, оснащенные самой современной аппаратурой, что позволило всесторонне обследовать пациентов, научно обосновывать целесообразность выполнения цистэктомии и создания искусственного мочевого пузыря из сегмента кишечника с восстановлением нормального акта мочеиспускания.

Сама по себе операция очень сложная и продолжительная, но эффективная.

По мере освоения показаний к операции, техники ее выполнения, а также внедрения новых методов интенсивной инфузионной терапии результаты формирования искусственного мочевого пузыря улучшались. Контрольные исследования через 6—12 месяцев показали, что у оперированных больных восстановлено самостоятельное регулируемое мочеиспускание, чего нет при использовании других методов радикального лечения рака мочевого пузыря. Младший научный сотрудник С.В. Денисенко под руководством Э.А. Стаховского написал и успешно защитил кандидатскую диссертацию на эту тему.

По инициативе Э.А. Стаховского в клинике начали выполнять вапоризацию небольших опухолей мочевого пузыря с помощью лазера. Благодаря его усилиям фирма поставила в клинику специальный аппарат для технического испытания на 6 месяцев при условии, что в последующем больница или институт приобретут этот аппарат.

Метод прекрасный, успешно применен более чем у 100 больных. Значительная часть операций была сделана амбулаторно, что обеспечило экономию средств на госпитализацию. За 6 месяцев аппарат себя окупил на 35—40%. Время неумолимо летело, но ни институт, ни областная больница, ни отдел здравоохранения Киевской областной администрации средств на приобретение аппарата не нашли, фирма забрала аппарат. Обвинять больницу или институт нельзя — они получали около 50% необходимых финансовых средств. Спонсоры? Они выделили 7 000 долларов США для уплаты таможенной пошлины. Больше дать не смогли. Так из-за начавшегося финансового кризиса мы не сумели внедрить экономный и высокоэффективный метод лечения для онкоурологических больных.

Администрация больницы не всегда была довольна нашей активностью, которая требовала значительного материального и медикаментозного обеспечения. А с этим в 1990-е годы было сложно. Но каждый год, когда подводили итоги лечебной работы, у нас были очень хорошие показатели использования коечного фонда, хирургической активности, низкая частота послеоперационных осложнений и летальность. Это нас выручало и было основанием для надежды на внимание и помощь администрации. До поры до времени мы ее получали.

Особые трудности начались с 1993 года. Финансирования явно не хватало для лечения больных. Пришлось привлекать средства больных и их родственников, которые видели наши трудности и недостатки в снабжении и оказывали нам посильную помощь в приобретении необходимых медикаментов и даже инструментов. Медикаментозное обеспечение улучшилось, но за счет средств больных. Это положительно сказалось на сроках и качестве лечения, поскольку приобретались самые эффективные препараты. Поэтому конфликтов с родственниками больных не было.

Экономический кризис усиливался. Киевской областной больнице выделялись средства для больных своего региона. Администрация больницы вынуждена была отказывать в госпитализации иногородним больным. Я и мои сотрудники нередко лично просили за некоторых иногородних больных, особенно детей, когда мы точно знали, что по месту жительства им помощь оказать не смогут. Чаще это удавалось. Но вскоре этому пришел конец... Для хирургов это была трагедия. Мы могли помочь больным, знали, как это сделать, но средства...

Приезжие больные обращались в правительственные инстанции, находили своих депутатов Верховной Рады. Дело с госпитализацией иногородних больных не улучшилось, и находилось на грани конфликта.

Как явствовало из документов МЗ Украины, за лечение иногородних больных в клиниках Киева должны платить либо районные больницы, либо местные облздравотделы, либо предприятия, на которых работали больные. Денег больным никто не давал. Иногда находились спонсоры, но очень редко. Кризис и есть кризис. Больные ждать не могли. МЗ Украины издало приказ о платных медицинских услугах, чтобы заработать немного средств для обездоленных пациентов. Урологические услуги оставались бесплатными, как гласила 49 статья Конституции Украины.

Поскольку больных было много, а больницы были бедные, с чего-то молчаливого согласия начали привлекать средства больных, кто мог заплатить. Вначале придумали гуманитарную помощь больнице. Больные или родственники писали заявление главному врачу, что они жертвуют больнице в качестве гуманитарной помощи сумму, равную стоимости лечения. В заявлении делался упор на словах «гуманитарная помощь». Позже установили таксу: день пребывания иногороднего больного в больнице был оценен в 57—60 гривень, наркоз или местное обезболивание — 50 гривень, операция, в зависимости от сложности, от 300 до 1500 гривень и более. Больной должен дополнительно оплатить стоимость всех медикаментов, включая лезвие скальпеля, перчатки, марлю, вату, шовный материал и т.д. За ЭКГ, урографию почек и другие аппаратные методы исследования мочевых органов — отдельная плата.

Больные Киевской области не платили денег за госпитализацию и операцию, но за все медикаменты обязаны были платить. Инвалиды войны, чернобыльцы пользовались льготами в оплате за лечение. Их не всегда можно было удовлетворить. В аптеке больницы не всегда были нужные медикаменты. Их приобрести можно было в частных аптеках, поэтому больным приходилось доплачивать за лечение из своего кармана.

Мы, как могли, облегчали финансовое бремя больных: до разумных пределов сокращали продолжительность предоперационного пребывания в стационаре; большинство исследований выполняли амбулаторно; старались оперировать как можно качественнее, применяли в основном радикальные операции, где можно — в один этап, чтобы избежать послеоперационных осложнений; заранее заказывали родственникам наиболее эффективные лекарственные средства, чтобы сократить сроки пребывания в больнице. После выписки из стационара при необходимости повторных осмотров больных консультировали в день их приезда. Такая тактика себя оправдала. Больные после урологических операций находились в стационаре от 4 до 9 дней.

Конечно, некоторые сложные больные и больные с выраженной почечной недостаточностью находились в стационаре дольше. Это было разорением для семьи.

В 1994—1998 годах задержка с выплатой зарплаты медикам на 2—3, а иногда на 4 месяца и больше стала регулярной практикой. Часть персонала — санитарки и сестры — покинули отделение, часть перешли в другие отделения, где работа была легче, часть занялась торговлей на рынках.

Мы вынуждены были привлекать родственников к уходу за больными после операции. Их тщательно инструктировали, а лечащие врачи педантично контролировали их работу. Были, конечно, оплошности в работе родственников, но их было не так много, и они не оказывали отрицательного влияния на лечебный процесс.

Работать было сложно. Врачи и медсестры роптали по поводу регулярной задержки с выплатой зарплаты. Но наблюдая по телевидению, как безуспешно митинговали возле Кабмина шахтеры, металлурги, учителя, энергетики, ученые Национальной академии наук Украины бастовать не стали. Не позволили совести и профессиональный долг. Какими-то неведомыми способами сотрудники сводили концы с концами. Многие медики обзавелись огородами, домашним хозяйством. Городские медики максимально использовали свои садовые участки — они были у многих. Многие медики с трудом сводили концы с концами.

Оплата за лечение в государственных медицинских учреждениях приняла глобальный характер. Депутаты Верховной Рады засуетились и обратились в Конституционный суд за разъяснениями, поскольку статья 49 Конституции Украины гласит:

«У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безплатно; існуюча мережа не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності».

Коечный фонд в больницах сокращался. Сельские больницы попросту закрывались. Стоимость проезда в транспорте повышалась. Рейсы автобусов стали нерегулярными, а то и вовсе отменялись. Больным стало сложно ездить в больницы, особенно в Киевскую областную. Они не лечились. Болезни обострялись, принимали хроническое течение. Многие больные умирали (смертность в республике увеличилась — это известно). Положение стариков стало ужасным.

В больницах на медикаменты денег постоянно не хватало, а временами и просто не было. Создалась парадоксальная ситуация: врачи есть, больницы есть, а помощь больным оказать нечем. Статья 49 Конституции Украины не выполнялась.

В течение месяца Конституционный суд изучал запрос депутатов Верховной Рады. Пришел к такому решению: лечение больных в государственных лечебных учреждениях, согласно ст. 49 Конституции, должно быть бесплатным. Иначе он решить не мог.

Вопрос о том, как обеспечивать бесплатное лечение больных, Конституционный суд дипломатично обошел.

Пациенты, имевшие средства, стали уезжать лечиться за границу. Валюта, заработанная в Украине, вместе с ними уйдет за границу и укрепит зарубежные лечебные учреждения, и без того процветающие.

Люди среднего достатка и бедные за границу поехать лечиться не в состоянии. В Украине лечебные учреждения без средств на медикаменты лишились возможности оказывать медицинскую помощь пациентам на современном уровне. Сокращение коечного фонда в больницах и перераспределение финансирования не улучшило материальное обеспечение лечебного процесса.

Привлечение средств больных наказуемо, что еще раз подтвердил Конституционный суд.

Администрации больниц, боясь наказания, вынуждены были запретить сотрудникам привлекать средства больных на покупку медикаментов и всего необходимого для лечения. Таким положением сразу же воспользовались коммерческие структуры.

В клинику на утреннюю конференцию пришел человек. Представился: Пивоваров, из международного благотворительного фонда. Предлагает оказать нам помощь в лечебной работе.

Суть его предложения кратко сводилась к следующему. После обследования больного и решения вопроса о лечении менеджер фонда ведет переговоры с больным, его родственниками или учреждением, где работает пациент, о добровольном пожертвовании денег в фонд: 15% этой суммы идет на развитие фонда, 85% — перечисляются на счет больницы и используется для лечения больного. Формально финансовые расчеты больного с больницей исключаются. Менеджер руководит движением денег в фонд и в больницу и подотчетен заведующему отделением.

Предварительные расчеты показали, что больным нужно перечислять огромные суммы денег.

В этих условиях главным врачам Киевской областной клинической больницы Андрею Марковичу Клименко и Людмиле Витальевне Полозун было чрезвычайно сложно работать. Они прилагали колоссальные усилия, используя свои связи и связи сотрудников больницы, на увеличение спонсорской помощи больнице с привле-

чением средств заводов, агрофирм, организаций, банков, областной администрации. Не обошлось и без привлечения средств больных, особенно иногородних. Часть исследований, таких, как компьютерная и магниторезонансная томография, радиоизотопная ренография были платными.

Несмотря на жесточайший финансовый дефицит, администрация больницы сумела приобрести первоклассную аппаратуру: аппараты УЗИ, компьютерный томограф, магниторезонансный томограф, аппаратуру для трансуретральной резекции предстательной железы с монитором, компьютеры для делопроизводства. Заслугой администрации является сохранение квалифицированных кадров врачей.

В свою очередь, мы начали применять самые современные хирургические технологии, выполняли у большинства больных радикальные операции в один этап, сокращали продолжительность лечения в стационаре за счет более полного обследования больных в поликлинике. Поскольку мы не смогли отказаться от материальной помощи больных, то рекомендовали их родственникам приобретать самые современные и эффективные медикаменты.

Такая лечебная тактика показала, что даже у пациентов Чернобыльской зоны со сниженным иммунитетом, наличием сопутствующих заболеваний и хроническим психологическим радиационным стрессом можно достичь хороших результатов лечения урологических заболеваний.

В 90-е годы появилось большое число народных целителей, экстрасенсов, травников. Большинство из них не имеет медицинского образования, но имеют сертификаты на лечебную деятельность, выданные Минздравом.

В нашей практике неоднократно были больные, которые предварительно лечились у народных целителей. Урологические исследования показали, что травники и экстрасенсы не могли им помочь, поскольку у них были выявлены серьезные заболевания, требующие сложного оперативного лечения.

Деньги экстрасенсам платили за каждый сеанс лечения. Лечение вначале вроде бы помогало. Но в конечном итоге не помогло. Самое же главное — упущено время.

По телевидению из передачи «Табу» 24 июля 1999 года я узнал, что в Украине практикуют 13 000 зарегистрированных экстрасенсов, народных целителей, травников, имеющих сертификаты. Правда, как сказала в передаче одна из них, только 1/3 профессионалы, а остальные примазавшиеся...

Что тут сказать?

Деление медицины на традиционную и нетрадиционную лишено смысла. Появились врачи, которые лечат больных нетрадиционными методами. Но они хотя бы врачи, с высшим медицинским образованием, лечение проводят после обследования больных.

Причина появления экстрасенсов, народных целителей, травников, бабок, дедов кроется в затяжном кризисе государственной медицины. Кто имел отношение к руководству лечебными учреждениями, тот знает, что на протяжении 1980-х годов выделение средств на здравоохранение постепенно снижалось. Оно катастрофически начало снижаться после начала афганской войны и аварии на Чернобыльской атомной электростанции, а также во время кризиса и инфляции 1993—1994 годов.

Медики получали зарплату в миллионах, но за них ничего нельзя было приобрести. Сбережения людей пропали в советских сберкассах, а заработанные деньги не обеспечивали прожиточный минимум не только санитарок, сестер, врачей, но даже специалистов с ученой степенью. Среди медиков почти всех уровней интерес к работе упал.

Труд врача-клинициста любой профессии тяжелый, особенно на амбулаторном приеме, когда необходимо ежедневно выслушивать отрицательную информацию больного, особенно пенсионеров, у которых все болит и никакое лечение не помогает. Пациенты часто оставались недовольными приемом врача. Уходили неудовлетворенными. Я не хочу во всем обвинять врачей. У многих пациентов жалобы были обусловлены не медицинскими причинами, а социальными: плохой быт, недоедание, конфликты в семье, на работе и т.д.

Вот тут-то и появились авантюристы. Они охотно принимали пациентов. Успех экстрасенсов, народных целителей, бабок, дедов объясняется еще и тем, что они живут среди народа. К ним легко попасть, в любое время суток, они доброжелательны и приветливы. Стараются прежде всего успокоить, снять стресс. Это уже половина успеха в лечении многих пациентов. Не нужны никакие направления. Пациент пришел. С ним начинают работать. Экстрасенс и народный целитель не скажет пациенту: «Вы не мой больной», как часто это слышно от врачей. Пациент пришел, значит ему нужна помощь. Именно его, экстрасенса. Он ее и оказывает.

В Украине имеется широкая сеть здравоохранения, самая высокая в мире обеспеченность населения врачами (40 на 10 000 населения, для сравнения: во Франции — 22 на 10 000), 15 высших медицинских учебных заведений, до полусотни научно-исследовательских институтов в системе Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук Украины. Поэтому не понятно, почему в Украине пышным цветом расцвели экстрасенсы и народные целители. Тем более, имеющие серти-

фикаты, выданные учреждением, которое призвано охранять здоровье населения от различного рода авантюристов и шарлатанов.

Несомненно, одной из причин увеличения смертности детей и взрослых, частоты запущенных заболеваний, которые наблюдаются в стране, является «лечение» больных у народных целителей. Здоровью народа дорого обойдутся сертификаты, выданные МЗ Украины проходимцам.

В плане ученого совета института на первое полугодие 1996 года значился мой отчет о работе клиники. Для себя я решил — это последний день моей работы в качестве заведующего отделением пластической и восстановительной урологии.

Хотя в Законе Украины «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» сказано, что «забороняється звільнення працівників за ініціативою адміністрації з мотивів досягнення пенсійного віку». О ветеранах Великой Отечественной войны сказано еще лучше: «якщо ветеран хворіє не більше 4 місяців на рік, справляється з роботою, адміністрація не має права звільнити його з роботи».

Таким образом, я находился под защитой закона. Последние 5 лет, как и раньше, я продолжал интенсивно трудиться: руководил двумя научными темами, регулярно оперировал, причем выполнял весьма сложные операции, ежегодно публиковал несколько статей в журналах, имею авторские свидетельства. Периодически занимался с интересом. На клиническом материале руководимой мною клиники пластической и восстановительной урологии подготовлены 19 докторских и 27 кандидатских диссертаций. Многие из защитивших диссертации стали заведовать кафедрами, отделами и лабораториями в НИИ, урологических отделениями в практическом здравоохранении, стали главными врачами больниц, старшими и главными научными сотрудниками.

То есть я имел моральное право продолжать работу в прежней должности.

Но я рассудил иначе. Мой ученик Э.А. Стаховский утвердился в научной степени доктора наук, оперирует широко, много внимания уделяет радикальному лечению рака мочевого пузыря, разрабатывает методы лечения инфравезикальной непроходимости. Был участником многих международных конгрессов урологов. Совершенствуется в английском языке. Я вложил много труда в его подготовку, как смену себе. Я полагал, что настало время предоставить ему большую самостоятельность. И ему будет легче дальше расти при моей подстраховке. Нелогично будет на этом этапе сдерживать его продвижение по службе.

Я встретился с заместителем директора по науке профессором В.А.Пироговым и сказал о своем решении: поменяюсь местами с Э.А.Стаховским. Единственное условие, которое я поставил В.А.Пирогову, что скажу об этом на ученом совете сам, в конце своего доклада.

Свой доклад я закончил предложением администрации института назначить заведующим отделением пластической и восстановительной урологии моего ученика Э.А.Стаховского.

Одновременно прошу администрацию института назначить меня главным научным сотрудником в том же отделении.

В этот момент мне вспомнилось, как 27 лет тому назад, 1 апреля 1969 года В.Д.Братусь пригласил меня первый раз для беседы... Как быстро пролетело время — это потому, что было много творческой работы, и результат вот он — институт.

В.А.Пирогов сказал в мой адрес несколько хороших слов. Раздались аплодисменты членов совета.

Эдуард сидел рядом со мной. Я ему до совета не говорил о своем решении. Мое предложение выдвинуть его кандидатуру на заведование клиникой было для него неожиданностью.

Мне и Эдуарду предложили написать соответствующие заявления — с 01.04.1996 г. заявления были написаны. Их тут же подписал В.А.Пирогов.

Вспомнились слова профессора Леонида Григорьевича Смоляка, сказанные мне в 1968 году: «как долго и сложно идти к заведованию кафедрой и как просто ее оставить — написал заявление и все».

Заявление написал без колебаний. Главное — заведование отделением передал своему ученику. Я готовил себя к тому, что он по-иному будет руководить коллективом. У него будут свои научные взгляды и приоритеты. Так должно быть. Внесет что-то новое в лечебный процесс. Может, по-новому станет смотреть на некоторые вещи. Для меня важно, чтобы он все делал лучше меня, иначе не будет прогресса.

Как говорили мудрые, с прошлым нужно расставаться легко и без сожаления. Последние семь лет я занимаю должность главного научного сотрудника, руковожу научными исследованиями, занимаюсь лечебной работой, а оперирую, как и раньше, сложных больных, правда, в меньшем количестве, консультирую больных и безотказно помогаю младшим коллегам. И, конечно же, заканчиваю вторую книгу воспоминаний, правда, уже больше чем 55, но название книги хочу оставить то же.

ВЛИЯНИЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ НА УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И БОЛЕЗНИ

После планетарной катастрофы на ЧАЭС прошло более 17 лет. Последствия неконтролируемой радиации после взрыва на четвертом энергоблоке оценить еще не представляется возможным. Проблем много — технические, биологические, физические, демографические, длительный латентный период воздействия малых доз радиации на организм человека и др.

Радиационному заражению подверглись значительные территории Украины, Белоруссии, России. Пострадало более 3,5 млн человек: 250 тыс. ликвидаторов получили большие дозы радиации, 150 тыс. населения, проживавшего в 30- и 60-километровой зоне вокруг атомной электростанции и 3 170 тыс. людей, проживающих на территориях, загрязненных радионуклидами в «малых дозах». Это цифры из официальных статистических отчетов 1988—1999 годов.

До сих пор ученые разных стран дискутируют понятие «малые дозы радиации». Как их понимать? Какие величины вкладывать в их понятие?

Одни ученые «малыми дозами» называют уровни радиации 0,01—0,05 миллизиверта в год, которые не вызывают заметных изменений в организме человека; другие — эти дозы считают канцерогенными; третьи — накапливают факты, чтобы доказать благотворное влияние «малых доз» радиации на клетки организма, поскольку наблюдается стимуляция биологических процессов, усиленный рост животных и растений.

Иначе говоря, некоторые ученые допускают существование в природе радиационного гормезиса, то есть положительного влияния малых доз радиации на клетки организма, ссылаясь на жителей Хиросимы и Нагасаки. Но это совсем не то, что произошло в Чернобыле.

В Японии в августе 1945 года были взорваны две атомные бомбы. От взрывной волны и тепловой энергии сразу погибло большинство жителей, другие получили большие дозы радиации; они вскоре

погибли от острой и хронической лучевой болезни. Те, кто получил «малые дозы» радиационного излучения, остались жить.

Я был в Хиросиме весной 1973 года. В эпицентре атомного взрыва разбит парк, в котором растут самые экзотические деревья, цветы, растения, посаженные многими государственными деятелями мира. Город отстроили на европейский лад.

В поезде по дороге в Хиросиму со мною рядом в купе сидел японец 30 лет. Юрист по специальности. Он мне рассказал следующее. В августе 1945 года, будучи 2-летним ребенком, вместе с матерью и сестрой он ехал в переполненном трамвае. В момент взрыва атомной бомбы трамвай находился в 800 метрах от эпицентра взрыва. Свой рассказ он подтвердил записью в паспорте — там четко было написано: 800 метров от эпицентра взрыва.

Все, кто ехал в том трамвае, в разное время умерли от лучевой болезни, включая его мать и сестру. Свое спасение ему объяснили тем, что будучи ребенком, он был прикрыт массой человеческих тел. Со слов родственников он знает, что у него в детстве были какие-то лучевые проблемы. Его часто осматривали, делали анализы. Об этом есть запись в медицинской карточке. Рос и развивался он нормальным ребенком. Успевал в школе и университете. С работой справляется легко. Женат. Жена радиационному облучению не подвергалась. Имеет двоих здоровых детей.

Некоторые французские ученые-радиологи пишут, что население, которое живет вблизи атомных предприятий, реже страдает опухолевыми заболеваниями. У них большая продолжительность жизни. Среди них много акселераторов и большая плодовитость.

В какой-то степени это подтверждают эпидемиологи нашего института. По их данным, в Желтых Водах Кировоградской области, вблизи урановых карьеров, раковых заболеваний мочеполовых органов не больше, чем в соседних областях и в Крыму.

Украинские и российские ученые обращают внимание на противоречия в результатах экспериментальных исследований биологических эффектов при малых дозах радиации. Они свидетельствуют: стимуляция, также как и угнетение гомеостаза иммунных биологических процессов, одинаково вредны для организма. Различная оценка радиационно-биологических экспериментов связана с отсутствием единых общепринятых критериев, стандартов понятия «малая доза».

Большинство ученых склонны считать, что радиация выше фоновой вредна для организма.

Такого же мнения придерживаются украинские ученые, которые занимаются радиационной биологической медициной. По сводным данным Министерства здравоохранения Украины за 17 лет после

Чернобыльской трагедии, здоровье населения Украины прогрессивно ухудшается. Среди допризывников от 60 до 80% не пригодных для службы в армии ввиду плохого физического здоровья. 46 000 кв. км в Украине заражено радионуклидами.

В Украине по степени радиационной загрязненности территории выделено 4 зоны:

Зона отчуждения (в радиусе 30 км).

Зона безусловного отселения (уровень радиации больше 0,5 Бэра).

Зона гарантированного добровольного отселения — радиации больше 0,1 Бэра.

Зона усиленного радиационного контроля.

Большинство районов Киевской, Житомирской и Черниговской областей, за исключением 30- и 60-километровой зоны в Полесском и Иванковском районах находятся в 4-й зоне, то есть в зоне усиленного (регулярного) радиационного контроля.

Сплошного радиационного загрязнения в Киевской области не наблюдается.

В Полесском и Иванковском районах, то есть вблизи ЧАЭС, имеются села с низкой, почти фоновой, радиационной загрязненностью. И наоборот, в селах Таращанского и Богуславского районов, удаленных на сотню километров от Чернобыля, регистрировались высокие уровни радиационного загрязнения, что объясняют розой ветров и выпадением осадков.

Республиканский радиационный центр АМН Украины (директор А.Е.Романенко) ежегодно давал нам дозиметрический паспорт областей Украины, по которым мы знакомимся с динамикой радиационного загрязнения территорий Украины и руководствовались в научно-исследовательской работе.

В населенных пунктах радиационная загрязненность почвы была разная: в селах она была самой высокой (0,0035 мзв в год) на втором месте находились населенные пункты городского типа (0,0024 мзв в год), а самая низкая наблюдалась в областных центрах (0,00116 мзв в год).

В 1990 году была проведена полная радиологическая паспортизация населенных пунктов Киевской области. Было установлено, что 873 населенных пункта в 23-х районах признаны радиационно загрязненными; в 1995 году радиационная загрязненность наблюдалась в 667 селах в 21 районе и в 1996 году — в 469 населенных пунктах 19 районов. Снижение уровня загрязненности стало возможным в результате мероприятий, проведенных на ЧАЭС, дегазации территорий, биологической деятельности растений и осадков, которые увлекли радионуклиды в глубину почвы.

В результате Чернобыльской катастрофы в окружающую среду, вместе с короткоживущими продуктами ядерного распада, поступило значительное количество средних, а также долгоживущих радионуклидов. Основное облучение организма радионуклидами происходит через легкие, щитовидную железу и желудочно-кишечный тракт. Альфа-частицы не проникают в организм дальше наружного слоя кожи, поэтому они практически безвредны для организма. Бета-частицы проникают через кожу и воздействуют на все ткани и органы. Гамма-лучи пронизывают все тело организма человека, оказывая выраженное патологическое влияние на ткани.

Чувствительность органов и систем человеческого организма к радионуклидам неодинакова. Щитовидная железа наиболее чувствительна к йоду-131 (период полураспада — 8 дней); кожа и легкие чувствительны к рутению-103 (период полураспада — 39,4 дня); кожа и лимфатическая система чувствительны к рутению-106 (период полураспада — 368 дней); кожа и костный мозг чувствительны к стронцию-90 (период полураспада — 28,8 лет); лимфатическая система и легкие чувствительны к цезию-144 (период полураспада — 2 года).

Приведенные цифры свидетельствуют, что за 17 лет с момента аварии на ЧАЭС закончилась I фаза — формирование радиоактивного облака, II йодная фаза (йод-131, -132 и -133) радиационного загрязнения, длившаяся 30—60 дней. Закончилась III фаза (2—3 года) обусловленная короткоживущими радионуклидами — цезием-134, рутением-106, цезием-144. В III фазу формируется более 50% радиационной дозы за счет гамма-излучения. IV фаза (цезиевая, стронциевая, плутониевая) длится от нескольких десятков до многих тысяч лет.

Стало быть, радиационное облучение в Чернобыльской зоне обусловлено различными радионуклидами и будет продолжаться много лет.

17 лет, прошедших после 26 апреля 1986 года, — недостаточный срок для изучения всех медицинских последствий радиации на организм человека.

Однако некоторые печальные последствия ее уже известны. Из 860 тыс. ликвидаторов, включая 340 тыс. солдат и офицеров, 55 тыс. уже погибли, 300 тыс. стали пожизненными инвалидами и нуждаются в систематическом лечении.

Главная суть радиационного облучения сводится к поражению ядер различных клеток человеческого организма, в которых заложен генетический код каждой клетки, и повреждение которого сопровождается мутацией и изменением наследственного аппарата.

Влияние радиационного излучения на различные органы и ткани обуславливает возникновение приобретенных и врожденных заболеваний. Генетический эффект воздействия Чернобыльского выброса — трагедия будущего, поскольку он определяется долгоживущими радионуклидами: плутонием-240 и плутонием-239 с периодом полураспада соответственно 6 564 года и 24 тысячи лет и начнет проявляться в 7—10 поколениях у людей, живущих в зоне радиационного загрязнения. У родившихся до аварии и постоянно живущих в зонах радиоактивного загрязнения людей появляются соматические мутации и возникает опасность заболеть раком в первом поколении.

У лиц, родившихся после аварии на ЧАЭС и проживающих в радиоактивной зоне, влияния лучевого воздействия могут сказаться на здоровье потомства. Как показали иммунологи нашего института во главе с профессором Г.Н.Дранником, вскоре после аварии на ЧАЭС у тех кто, пострадал от ионизирующего излучения, выявили различные нарушения во всех звеньях иммунной системы. Результаты дефицита иммунной системы могут быть причиной бактериальных, вирусных, грибковых, а также неинфекционных заболеваний, включая развитие злокачественных болезней.

Изучение медицинских проблем аварии на 4-м блоке Чернобыльской АЭС относится к первоочередным задачам. По предложению Всемирной организации здравоохранения, последствия аварии изучаются ведущими учреждениями всего мира.

Из многочисленных программ, посвященных изучению медицинских проблем Чернобыльской аварии, которые рекомендованы ВОЗ, мы выбрали три:

- выявление изменений в органах и системах организма;
- разработка методов ранней диагностики различных заболеваний и осложнений;
- методика диспансеризации.

Эти три научные программные темы мы адаптировали к проблемам урологии, дав им общее название «Влияние Чернобыльского взрыва на урологические болезни и урологические болезни». Для сравнения клинических проявлений болезни и эффективности лечения в Чернобыльской зоне, в качестве контрольной группы, мы взяли больных с идентичными урологическими заболеваниями, лечившихся в институте до 1986 года.

Ученые-атомщики, научившись извлекать из атома энергию, сосредоточили внимание на получении дешевой энергии. Технологический процесс они в деталях не разработали. Не обучили как следует персонал принятию правильных решений в экстремальных ситуациях, при сбоях технологического процесса и авариях. Не были

разработаны и доведены до ведома всех работников правила техники безопасности. Не было в достаточном количестве индивидуальных средств защиты и дозиметров. В первые дни аварии на Чернобыльской АЭС в стране царил полное информационное молчание. В Киеве и вокруг атомной станции принимались непрофессиональные решения. В среде ученых была растерянность, многое делалось путем проб и ошибок, от которых страдали как жители близлежащих населенных пунктов, так и работники станции и ликвидаторы аварии. Московское правительство предлагало не афишировать и не преувеличивать последствий аварии на ЧАЭС, не паниковать, не торопиться с эвакуацией людей из радиационной зоны. По отечественному радио и телевидению подавалась дезинформация о том, что на Чернобыльской АЭС произошла небольшая авария, она уменьшила подачу электроэнергии в электрическую сеть. Аварийная ситуация на станции находится под контролем специалистов.

Для населения предлагались смехотворные рекомендации: форточки и окна держать закрытыми, запретить детям играть в песке, не посещать парки и лес, ежедневно принимать душ и мыть голову, употреблять красное сухое вино, сократить потребление продуктов питания, привозимых из северных районов Киевщины.

В Киеве приступили к массовому строительству артезианских биевтов. Забор питьевой воды для Киева перенесли с Днепра на Десну. Директорам медицинских научно-исследовательских институтов предложили зарезервировать по 40 коек в клиниках и командировать врачей в Чернобыль.

3 мая 1986 года нас, директоров научно-исследовательских институтов, пригласили в Министерство здравоохранения Украины на аппаратное совещание, которое проводил министр здравоохранения СССР Буренков. Его сообщение касалось только что увиденного в Чернобыле. В период чрезвычайной ситуации министр здравоохранения не предлагал никакой программы действий. Он проинформировал нас о том, что в район Чернобыля мобилизовано 2 тыс. врачей и 2,5 тыс. медицинских сестер. Развернуты медицинские учреждения на путях эвакуации населения, в основном за счет усиления действующих местных больниц, поликлиник и амбулаторий.

На этом совещании заведующий Киевским облздравотделом Александр Иванович Авраменко, только что вернувшийся из Чернобыльской зоны, обвинил Министерство здравоохранения СССР, что оно не установило связи с Министерством коммунального хозяйства, что предусмотрено чрезвычайными ситуациями, и не организовали обмывочных пунктов. Нахлынул большой поток эвакуированных и местные больницы чернобыльской зоны не справляются с обработкой людей.

На аппаратном совещании конкретных заданий, указаний и плана согласованных действий мы не получили. Как и не получили их в последующие дни. Врачи нашего института, в частности — Н.А. Колесник, вернувшийся из Чернобыльской зоны в середине мая, сообщил, что никакой организационной работы среди медиков не проводили. Они работали по своему усмотрению, руководствовались здравым смыслом и конкретной ситуацией. Оказывали медицинскую помощь населению, объезжая села и хутора, вывозили больных и немощных, в основном пенсионеров, и направляли их в больницы. Это же подтвердила доцент Донецкого медицинского института А.П. Пекуш, по дороге из Чернобыля навестившая меня в институте.

ЦК КПСС не разрешил отменить первомайскую демонстрацию в г. Киеве. Более того, было рекомендовано руководителям республики явиться на демонстрацию с детьми и внуками и тем показать, что в Чернобыле нет опасной ситуации. В день Первого мая на демонстрацию я пошел с внучкой. Был жаркий день. На Крещатике было много народу, особенно молодежи, физкультурников, одетых в легкие спортивные костюмы. Необычайно рано, примерно через час, демонстрация окончилась, я с Аленушкой покинул Крещатик.

А между тем, в ночь с 30 апреля на 1 мая ветер изменил направление, вечером 30 апреля в Киеве прошел радиоактивный дождь. Радионуклидное облако прошло над Киевом, Черкасской областью, Азовским и Черным морями и остановилось в предгорьях Кавказа.

Мероприятия по ликвидации аварии на ЧАЭС вначале разворачивались медленно. О планетарном характере взрыва на Чернобыльской атомной станции население нашей страны узнало из Швеции, когда лаборатория УПСАЛа зарегистрировала атомный взрыв... По анализу выброса было установлено, что авария случилась на Чернобыльской атомной станции.

Атомные электростанции, как и тепловые, находились в прямом подчинении Москвы. Они работали автономно и никакой информации в правительство Украины не давали. Об этом хорошо написал экс-премьер министр Украины Александр Павлович Ляшко в своей книге «Груз власти».

Ученые-медики дебатировали вопрос о применении йодной профилактики среди детей. Были авторитетные сторонники йодной профилактики и не менее авторитетные противники.

А между тем люди, приехавшие из Припяти и Полесского, говорили о грандиозных масштабах трагедии на ЧАЭС и массовой эвакуации населения из зоны радиационного заражения. Дозвониться в эти районы было невозможно, телефонные линии чернобыльско-

го направления были заблокированы. Получить информацию можно было только от очевидцев.

27, 28, 29 апреля 1986 года проводилась несанкционированная властями эвакуация детей из Киева по инициативе родителей. Вокзал был забит отъезжающими во все направления, лишь бы из Киева.

4 мая вечером моя жена с внучкой уехала в Донецк к брату. Проверка в Донецкой санэпидемстанции установила высокую лучевую загрязненность одежды внучки, особенно туфель. Ее тут же раздели, одежду изъяли.

Действия атомщиков-физиков, приехавших из Москвы, не всегда были профессиональными. Об одном из них пишет академик Борис Николаевич Малиновский в книге «Академик Борис Патон — праця на все життя».

По предложению московских ученых-специалистов в разрушенный реактор с вертолетов начали сбрасывать свинец и песок с целью снижения в нем температуры. В это распоряжение вмешались украинские академики В.Г.Барьяхтар и В.И.Трефилов. Они доказали москвичам нелепость и даже вред такой затеи, поскольку температура кипения свинца 327,4°С, а в реакторе температура тысячи градусов. При таком соотношении температур свинец будет кипеть и испаряться. Вместе с радионуклидным выбросом атмосферу будут дополнительно загрязнять тяжелые металлы, вредные для организма.

Все последующие недели в Чернобыле меры по ликвидации последствий аварии велись в двух направлениях. Героически работали ликвидаторы аварии. Они стремились снизить температуру в реакторе и тем самым предотвратить атомный взрыв оставшегося топлива с непредсказуемыми последствиями. Выдающаяся роль в предотвращении взрыва принадлежит академику АН СССР В.А.Легасову. 5 мая 1986 года он сказал, что если до 9 мая взрыва не будет, то позже он произойти не сможет. Его предсказание, основанное на изучении конкретной ситуации, подтвердилось.

Местная администрация интенсивно занималась массовой эвакуацией всего населения из районов, прилегающих к ЧАЭС.

В книге «Київщина із минулого в майбутнє» (Київ, Видавничий центр «Академія», 2002 г.) написано, что в 1986 году из 30-километровой зоны вокруг атомной электростанции было отселено 18 147 семей. Из общей территории Киевщины радиоактивно загрязненными считаются 12,3 тыс. кв. км, или 44%. Радионуклидное загрязнение выявлено в 471 населенном пункте, в которых проживает 800 тыс. жителей.

Спустя 17 лет трудно представить масштабы массовой эвакуации населения из Чернобыльской зоны, сложности выполнения этой задачи и последствия этой трагедии.

Эвакуацию населения из Чернобыльской зоны по сложности невозможно даже сравнивать с эвакуацией жителей Украины во время Великой Отечественной войны и временной оккупации ее немецко-фашистскими захватчиками.

Из Чернобыльской зоны вывозили людей экстренно, в том, в чем они были одеты, чтобы не развезти радионуклиды, с минимальным запасом продуктов питания. Все нажитое людьми оставлено в домах и квартирах. Оставлен скот и птица. Были очень большие проблемы с крупным рогатым скотом и поголовьем свиней и овец. Весь скот имел опасную радиационную загрязненность.

После Великой Отечественной войны люди могли вернуться на свои территории, отстроиться и продолжать жить. Чернобыльская трагедия лишила их возможности возвращения на обжитые места. Им нужно приспособиться к жизни на новых местах, а это не так легко, особенно пожилым людям. Массовым переселением людей из Чернобыльской зоны занимались серьезные организации и министерства. Было мобилизовано много автомобильного транспорта. Созданы строительные организации для строительства жилья для переселенцев, но эта работа растянулась на многие годы. Часть жилья, построенного для киевлян, передали переселенцам из Чернобыля.

В Киевской области жителям с устройством на работу было сложно. Некоторые здоровые мастеровые мужики организовали стройбригады и брали бригадные подряды на любое строительство.

В середине мая 1986 года я ездил в Полесскую районную больницу. Главным врачом ее был В.В.Елагин. Он сообщил, что два врача забрали свои семьи и самовольно, не рассчитавшись, выехали из Полесского.

Госпитализацию больных ограничили. Их в основном направляют в Киев или в лечебные учреждения «чистых» районов. Осмотрев больных в больнице, некоторых из них распорядился направить в институт для лечения.

Ко всем бедам «развитого социализма» в СССР добавилась Чернобыльская трагедия. Развал Советского Союза привел к дезорганизации экономических связей, падению производства и возникновению экономического кризиса. Все тяготы по ликвидации аварии на ЧАЭС и забота по благоустройству переселенцев легли на бюджет переходного периода Украинского государства.

Почти в каждой семье переселенцев были свои трагедии и маленькими их назвать нельзя.

Украинское телевидение в начале января 2003 года показало трагедию двух переселенцев через 17 лет после аварии. Два немолодых бездетных человека (муж и жена), эвакуированные в «чистые» районы, не смогли прижиться на новом месте. Ежедневные разговоры среди переселенцев о прошлой жизни, до аварии, не давали жить. Лучше вернуться в Чернобыльскую зону и жить в своем доме, чем прозябать в чистой зоне в неустроенных условиях. Муж пошел разведать, как там в зоне. Обходя кордоны, тайно вернулся в свое село. Дом и приусадебные строения сохранились, бурьяны в рост человека. В доме все сохранилось. Жилье можно подремонтировать и жить. Несколько односельчан вернулись раньше, обустроились и налаживают жизнь в зоне, живут тайно, чтобы не попасть на глаза властям.

Опыт односельчан окончательно убедил старика вернуться в свое село. Упаковав свой нехитрый скарб, старики двинулись домой в Чернобыльскую зону. По дороге они встретили черно-белую молодую корову, которая одиноко паслась на леведе. Животное, увидев людей, пошло навстречу им, как бы говоря: возьмите меня с собой. Они взяли ее. Животное пошло за ними. Хозяйка поселила корову в своем хлеву, пасли, ухаживали, раздоили ее. Корова обеспечивала молоком не только хозяев, но и соседей, которые включились в заготовку кормов корове на зиму.

Прошли годы. Корова стала яловой, перестала доиться. Что с ней делать? Зарезать на мясо односельчане не решились, было жалко.

Вот эту безысходную ситуацию сняла телевизионная группа Первого украинского канала и показала по украинскому телевидению. Старый полуразрушенный дом. Такой же хлев с открытой дверью, из которой высунула голову черно-белая корова. Она обнюхивает хозяйку. Языком облизывает ее руки, показывая свою преданность и благодарит за доброе обращение.

Старик настроен решительно избавиться от коровы, раз корова молока не дает, а мясо не пригодно в пищу. Отведу ее в лес — пусть волки сожрут. При этих словах мужа жена плачет, гладит голову и шею корове: «Лучше меня в лес отведи, пусть меня волки съедят...»

Диалог старика со старухой сопровождается крупным планом буренки на экране. Свою голову она прислонила к хозяйке, как бы понимая, что о ней идет речь, и просит ее защитить. Оператор показывает глаза коровы, в них мольба. Она понимает, что причина раздора заключается в ней. Она чувствует свою вину и даже знает причину...

Чернобыльская трагедия, вместилище человеческого горя, коснулась тысячи семей на Украине. Мы знаем ее начало — 26 апреля 1986 года. А когда и какой будет ее конец?

РАДИАЦИОННАЯ УРОЛОГИЯ

Еще в 1986 году я для себя решил, что обязательно займусь радиационной тематикой, раз мы оказались в центре радиационной катастрофы, раз нашему и многим последующим поколениям придется жить и работать на загрязненной радионуклидами территории. Никто за нас не изучит влияние чернобыльского выброса на здоровье жителей Киевского региона. Нам, медикам, нужно активно изучать влияние радиации на здорового и больного человека. Мы должны изучать влияние малых доз радиации на организм больного, клинику и течение уронефрологических заболеваний. Изучению подлежат сопутствующие болезни и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения облученных пациентов. Помимо изучения иммунитета, в сферу научных интересов мы включили аллергию, пирогенные реакции, чувствительность к антибиотикам мочевой инфекции, вирулентность которой под влиянием радиации повышается. Мы были у истоков радиационной урологии и по праву считаем себя фундаментами этого направления научных исследований.

Получив поддержку научного отдела института, я привлек к проблемам радиационной урологии авторский коллектив в составе ученых-иммунологов, микробиологов, биохимиков, рентгенорадиологов, специалистов по ультразвуковым исследованиям, урологов, лаборантов, гигиенистов.

Кроме того, в практической работе нам помогали все лаборатории и диагностические кабинеты Киевской областной клинической больницы.

Организовалась хорошая бригада ученых, которые вместе со мною работали уже в течение почти 20 лет до аварии. Теперь же предстоит изучать те же урологические заболевания, но в 4-й зоне радиационного загрязнения.

Проведение клинических исследований затруднялось отсутствием в нашем распоряжении аппаратов, которые бы точно указывали степень и спектр радиационного заражения каждого конкретного пациента. Кресло-Сич, имевшееся у нас в распоряжении, для этой цели было непригодно.

Посоветовавшись со специалистами — физиками-атомщиками и клиническими радиологами, — мы стали обследовать урологических больных с учетом уровня радиационной загрязненности местности, на которой они проживали, длительности проживания в соответствии с показателями дозиметрического паспорта.

Всего в научную разработку были включены 4 693 больных.

До аварии были обследованы 2 295 больных с аденомой предстательной железы, ее склерозом, гидронефрозом, уретерогидронефрозом; после аварии — 2 408 пациентов с этими же болезнями.

Перечисленные урологические заболевания имеют общие признаки:

- нарушение функции почек и уродинамики;
- осложнение пиелонефритом и почечной недостаточностью;
- сопровождаются сопутствующими заболеваниями.

У тематических пациентов выявляли врожденные и приобретенные заболевания. В обеих группах были пациенты пожилого и молодого возраста, обоего пола, с заболеваниями в разных стадиях.

Сравнение двух групп больных, лечившихся до аварии и после нее, давало возможность детально изучить влияние малых доз радиации на мочеполовые органы; объективно оценить течение урологических и сопутствующих заболеваний у пациентов в 4-й зоне радиационного загрязнения в различные сроки после аварии на ЧАЭС.

Отдаленные результаты мы изучали у пациентов, которые заболели после аварии на ЧАЭС и безвыездно проживали в зоне радиационного загрязнения.

В 1986—1990 годах в Киевской области регулярно проводились профилактические осмотры всего населения. Профилактические осмотры повлияли на частоту выявления урологических заболеваний и почти не отразились на частоте их выявления в ранних стадиях, многие из них протекали бессимптомно.

Жалобы госпитализированных пациентов были обусловлены тремя причинами:

1. Урологическими заболеваниями.
2. Сопутствующими заболеваниями.
3. Радиацией, радиофобией, стрессом, нервным потрясением, а также переселением на новое место жительства, то есть социальными проблемами.

Эти жалобы у многих доминировали. Возникновение их после 1986 года вначале квалифицировали как вегетодистонию, позже стали называть настоящим именем — «чернобыльским синдромом», а за рубежом — «Чернобыльский СПИД», или «Чернобыльский иммунодефицит».

Проявления чернобыльского синдрома многочисленны, требуют дополнительных разнообразных методов диагностики и расходов на лечение. Они негативно влияют на течение и исход основного и сопутствующих заболеваний. После успешно перенесенной операции признаки чернобыльского синдрома сохранялись, что отрицательно влияло на качество жизни пациентов.

Клиническое значение чернобыльского синдрома состоит в том, что он усложняет диагностику, его необходимо учитывать при решении вопросов, связанных с лечением, включая оперативное.

Нормальный состав крови до операции был у 70% больных, у остальных наблюдали умеренно выраженную гипохромную анемию. Выраженную лейкомию выявляли в единичных наблюдениях.

В анализах мочи у 60% больных отмечены лейкоцитурия, бактериурия, причем возбудители инфекции не всегда были чувствительными к антибиотикам.

У урологических больных, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, выявляли дезорганизацию иммунной системы, которая требовала медикаментозной коррекции и систематического наблюдения.

Увеличилась частота пирогенных реакций даже при пользовании одноразовыми шприцами и системами для переливания растворов. Пищевую и лекарственную аллергию наблюдали у каждого третьего больного, чего не было раньше.

В литературе существует мнение, что малые дозы радиации негативно влияют на нервные образования. После 1996 года у пациентов чаще выявляли гипоплазию мочеточников, а также сочетание нейромышечной дилатации мочеточника с нейрогенными нарушениями мочевого пузыря. А.М.Романенко в работах 1999 года указывала на учащение лучевого цистита с характерными морфологическими особенностями.

Таким образом, с большой долей вероятности, ссылаясь на работы морфологов и клиницистов, можно допустить, что при урологических заболеваниях, сопровождающихся застоем мочи, на слизистую оболочку стенок мочевых органов действуют два фактора — инфекция и радионуклиды, содержащиеся в моче. Это положение

нуждается в длительном целенаправленном изучении и анализе при наблюдении за урологическими больными, проживающими в радиационно загрязненной зоне.

Клиницисты-урологи, работающие в Чернобыльской зоне, отмечали учащение и агрессивность течения гематогенного пиелонефрита, что проявлялось тяжелой интоксикацией, быстрым переходом от серозной к гнойной стадии с образованием апостем и карбункулов.

О повышении вирулентности микрофлоры мочи и влияния антибиотиков на нее в зоне радиационного загрязнения много и объективно написала А.В.Руденко, которая работает над этой проблемой почти два десятка лет.

Клинически мы подтверждаем: в Чернобыльской зоне действуют несколько факторов, повышающих агрессивность течения пиелонефрита, в том числе в раннем послеоперационном периоде.

1. Повышение вирулентности инфекции.
2. Угнетение клеточного и гуморального иммунитета у пациентов.
3. Наличие ассоциаций микроорганизмов в моче, имеющих различную чувствительность к антибактериальным препаратам, включая антибиотики широкого спектра действия, что затрудняет выбор методов лечения воспалительных заболеваний.

Сложность и особенности лечения урологических больных Чернобыльской зоны, подвергшихся длительному радиационному излучению, состоит еще и в том, что, по данным литературы, никто в мире в этих вопросах достаточного опыта не имел.

Исследователи в основном изучали влияние различных доз облучения и сочетаний радионуклидов в экспериментах на животных, микроорганизмах и растениях. Проблемы лучевой болезни у человека изучали вынужденно, после взрыва атомных бомб и случайных аварий на атомном производстве.

У тематических урологических больных с ослабленным иммунитетом после операции возникало по 2—3 и более осложнений, что было обусловлено:

1. Применением эндотрахеального наркоза (раздражение трахеи).
2. Операционной травмой (кровопотеря).
3. Обострением хронической мочевого инфекции и возникновением почечной недостаточности.
4. Обострением сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета).
5. Лекарственной аллергией.
6. Пирогенными реакциями.

У большинства больных из Чернобыльской зоны физиологические процессы протекали на грани декомпенсации. Фактически все пациенты после операции нуждались либо в реанимационном лечении, когда речь шла о двусторонней патологии почек или болезни единственной почки, либо в длительной интенсивной терапии. Интенсивная инфузионная терапия начинается во время операции и продолжается в течение всего послеоперационного периода.

После операции значительно чаще возникали: острый пиелонефрит, почечная недостаточность, лекарственная аллергия, пирогенные реакции, что требовало проведения неотложных лечебных мероприятий.

После применения эндотрахеального наркоза у больных, живущих в радиационно загрязненных зонах, как правило, возникали ринит, трахеобронхит, бронхопневмония, септическая пневмония, которые сами по себе были опасными и требовали энергичных лечебных мероприятий в первые 3—5 суток после операции. Кашель был причиной расхождения краев операционной раны.

Почти 50% наших пациентов были в возрасте старше 50 лет. После операции у них выявляли обострение сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистой недостаточности, сахарного диабета, тромбозов, возникали кровоизлияние в мозг, синильный психоз.

Увеличилась частота вторичного кровотечения. На 7—10-е сутки после операции предстательной железы начинало кровоточить. Кровотечение обусловлено затянувшимся воспалительным процессом в ране, лизисом тромбов в сосудах, ферментным действием мочевого инфекции.

Почечная недостаточность нередко сопровождалась интестинальными кишечными симптомами, симулировавшими перитонит или непроходимость кишечника.

Экономический кризис в стране ежегодно ухудшал материальное состояние больницы.

Администрация пошла на значительное сокращение коечного фонда, чтобы обеспечить финансированием и медикаментами остальные койки.

Так сделали почти все главные врачи районных больниц Киевской области. В результате поток сложных больных в областную больницу увеличился. Отказать им в госпитализации нельзя, а лечить нечем.

Когда речь шла о сложных пластических операциях, требующих значительного количества медикаментов, мы приглашали родственников больного. Обсуждали сложившуюся ситуацию. При их согласии взять часть расходов на себя, больных назначали на операцию.

Поскольку мы привлекали для лечения средства пациентов, то выписывали рецепты на самые эффективные препараты.

Это с одной стороны, а с другой — мы внедряли самые современные методы лечения и радикальные операции. Врачи понимали, что медикаменты медикаментами, а профессионализм в оперативной урологии прежде всего.

Такая практика в Чернобыльской зоне себя оправдала. Я сошлюсь на показатели летальности тематических больных как наиболее важные:

— после аденомэктомии в областной больнице летальность снизилась с 4,5% до аварии до 2,53% — после нее и стала ниже республиканского показателя за те же годы;

— после простатэктомии, простатовезикулэктомии или простатэктомии с резекцией мегациста послеоперационная летальность снизилась с 2 до 1,6%.

При хирургическом лечении гидронефроза увеличилась летальность с 0,53 до 0,83%; уретерогидронефроза — до аварии она составляла 1,4%, после аварии — снизилась до 1,22%.

Послеоперационная смертность в целом по клинике снизилась по сравнению с доаварийным периодом с 2,11 до 1,55%. Причина смерти — желудочное кровотечение, септикопиемия с размягчением вещества мозга, эмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, септическая пневмония, почечная недостаточность в терминальной стадии — свидетельствовали о чрезмерной тяжести состояния больных, которым невозможно было помочь радикально.

Чем же мы объясняем некоторое улучшение показателей оперативного лечения тематических больных в зоне радиационного загрязнения с ослабленным иммунитетом и значительными нарушениями гомеостаза?

Причин несколько. Прежде всего — высокий профессионализм персонала, постоянное совершенствование лечебного процесса, освоение отечественного и зарубежного опыта.

Мы разработали методики определения риска операции, учитывая ее сложность, сроки выполнения, стадию болезни, величину возможной кровопотери, степень снижения функции почек до и после операции, чувствительность микрофлоры к антибиотикам, тяжесть сопутствующих заболеваний, наличие ожирения, дыхательной недостаточности и аллергии.

Уточнили показания к применению эндотрахеального наркоза, внутривенного обезболивания и эпидуральной анестезии.

В Чернобыльской зоне уменьшения риска операции достигали выбором метода операции. Основной принцип оперативного вмеша-

тельства состоял в одномоментном восстановлении микроциркуляции в почках и адекватном восстановлении уродинамики на всех уровнях мочевых путей. Адекватное восстановление функций почек и пассажа мочи — залог успешной антибактериальной и мочегонной терапии после операции.

Радикальные операции до аварии выполняли у 45,5% больных, после аварии — у 78,3%; частота осуществления паллиативных операций снизилась до 6,8%, что способствовало увеличению количества хороших и отличных результатов в отдаленные сроки даже у больных с единственной почкой.

Мы обращаем внимание на значительную частоту удаления почек при гидронефрозе, которое, по данным мировой статистики, составляет 13,5%—27%. У наших больных частота нефрэктомии до аварии составляла 18,4%, после нее — 14,9%. Небольшое снижение частоты органосохраняющих операций обусловлено улучшением техники операции, а не ранней диагностикой, которая оставалась на прежнем уровне.

Продолжительный мониторинг за урологическими больными и радиологической загрязненностью территории показал, что после Чернобыльского выброса в организме людей продолжают накапливаться радионуклиды. Постепенно меняется этиология, усложняются патогенез и клинические проявления урологических болезней. Они требуют долгосрочного наблюдения, изучения, коррекции методов диагностики, лечения и прогноза. Все больные, проживающие на радиационно загрязненной территории, которым произведены оперативные вмешательства, подлежат долгосрочному реабилитационному лечению и централизованной диспансеризации под наблюдением специалистов. Имея достаточное количество современных медикаментов, можно успешно лечить урологических больных в 4-й зоне радиационного загрязнения. Президиум Академии медицинских наук Украины отметил дипломом научную работу нашего коллектива, посвященную диагностике и лечению урологических больных в Чернобыльской зоне, руководителем которой был я, как лучшую, выполненную в 1997 году.

До 2003 года мы изучали внешнее и внутреннее воздействие радиационного излучения на организм пациентов, учитывая II и III фазу радионуклидного загрязнения среды обитания. Нам предстоит изучать последующие изменения в организме урологических больных, проживающих в 4-й зоне жесткого радиационного контроля.

СЕМЬЯ

Женился я на своей соученице по медицинскому институту стройной, остроумной и красивой девушке Маргарите Александровой. Мы подали заявление и расписались накануне распределения (4 июля 1948 года) так, что нас распределили уже в одну больницу в шахтерском поселке возле города Чистяково, тогда Сталинской, теперь Донецкой области.

Свадьба у нас была более чем скромная. Собственно, это был обед, на котором присутствовали родители жены Ольга Петровна и Валерий Аристархович, ее брат Вениамин и мы с Маргаритой.

Я съездил посмотреть больницу, в которой предстояло работать. И в конце июля мы собрали пожитки и поехали в Чистяково. Пожитки наши поместились в два чемодана, плюс большие настенные трофейные часы с боем — подарок Вениамина из Германии.

Квартира наша была при больнице. Быт тогда был плохо устроен: печное отопление, вода в колодце, удобства во дворе.

Через год у нас родился сын Алеша. К нам приехала Ольга Петровна и стала помогать Маргарите.

Алеша рос достаточно благополучно. Очень рано начал говорить. Я думаю, что в этом была заслуга Ольги Петровны. Меня соседи спрашивали: «Она что, ненормальная, все время разговаривает с 3—5-месячным ребенком. Он же ничего не понимает». Это они мало понимали. Ольга Петровна хоть и была сиротой, получила хорошее воспитание и подрабатывала преподаванием русского языка отстающим школьникам, была мастерица не все руки. Маргарита от нее унаследовала красивую речь и ловкость в руках, что позволило ей овладеть тончайшими офтальмологическими операциями.

Когда мы немного начали становиться на ноги, приличнее зарабатывать, купили кое-что из одежды, приобрели определенный ав-

торитет в поселке и в Чистяково, мы переехали в город Сталино (Донецк).

Моя зарплата ординатора была в четыре раза ниже зарплаты главврача, которую я получал в Чистяково. Жили мы у родителей Маргариты на Рутченково. Валерий Аристархович работал в тресте Рутченковуголь. Мне до работы в ворошиловской больнице (ныне областная больница им. Калинина) нужно было добираться двумя трамваями около полутора часов, если трамваи ходили. Или 2—3 часа бегом, подхватив полы пальто.

Я брал много дежурств. Это позволяло больше заработать, больше оперировать и меньше времени тратить на дорогу домой. Доходило до 15—18 дежурств в месяц.

Маргарита работала тогда в Центральной больнице. Ей до работы было всего минут 40 пути. Алеша был под присмотром бабушки Оли, которую он очень любил.

1—2 раза в год я выбирался с Алешей и женой в парк Щербакова возле стадиона «Шахтер». Мы ели мороженое, катались на каруселях и лодках. Это был праздник. Правда, из-за мозолей от весел мне неделю было очень больно мыть руки перед операциями.

Ольга Петровна много читала Алеше. С книгами было туго. Вениамин подарил к рождению Алеши большой том Пушкина. Поэтому все сказки Пушкина Алеша хорошо знал, большие куски знал наизусть. Помню, Маргарита приехала с офтальмологического съезда в Одессе и привезла Алеше тетрадку с «Доктором Айболитом» Чуковского. Она не только переписала, но и перерисовала всю книжку. Жаль, что эта тетрадь не сохранилась.

В этот период, пока мы жили на Рутченково, умер мой отец Степан Федорович, умерла Ольга Петровна. Маргарита сломала ногу и травматологи не обещали, что она будет нормально ходить. Однако молодой доктор непосредственно под рентгеноскопическим контролем составил все кости, и Маргарита полностью восстановила функцию, всегда красиво ходила, в том числе на высоких каблуках, и охотно танцевала.

Единственный праздник за это время — это пятилетие сына. К нам приехало несколько знакомых. Алеше подарили три столовых набора с молотком, рубанком и лучковой пилой. В конце лета 1954 года к нам приехала жить моя мама. Стало тесновато.

Осенью 1954 года мы переехали на Гладковку. Сняли одну комнату в частном доме неподалеку от места, где жил брат Маргариты со своей женой Эллочкой и двумя близнецами Сашей и Димой в доме Эллочкиной мамы Елизаветы Васильевны. На работу нам с Марга-

ритой стало добираться одинаково далеко. В то же время Вениамин работал на одной из рутченковских шахт, и вскоре переехал со своей семьей к Валерию Аристарховичу.

Моя мама вела наше нехитрое хозяйство. Подрастал Алеша, всю катался на двухколесном велосипеде, подружился со многими местными ребятами, научился считать и писать.

Вскоре мы выбрали рядом двухкомнатную квартирку у школьной учительницы. У бабушки и сына появилась отдельная комната. В этой комнате был репродуктор, и Алеша все меня спрашивал, когда же начнется война.

Осенью следующего года мы получили квартиру. Это была двухкомнатная квартира с печным и центральным отоплением на Ново-Игнатьевском проспекте. Проспекта пока не было. На расстоянии 700—800 метров от троллейбусного маршрута, за балкой, по которой протекал ручей, построили восемь трехэтажных домов.

Если погода была сухая, то до мединститута было около получаса ходьбы. Если мокрая — то нужно было форсировать водные преграды или добираться через поселок «Шахтостроитель». Это же дорога за хлебом и т.д.

Нашими соседями по лестничной площадке были Зорины — Богдан Николаевич (в дальнейшем профессор, зав. кафедрой судебно-медицинской экспертизы) и Оксана Михайловна (в будущем профессор, заместитель директора Донецкого института травматологии) с сыном Сашей. В соседнем доме получил квартиру брат Оксаны Михайловны — Игнат Михайлович Матяшин (в дальнейшем профессор-хирург, заведующий кафедрами хирургии в Донецком, затем в Киевском мединституте, Главный хирург Минздрава УССР).

В 1956 году Алеша пошел в школу (№16), до которой было километра два через стройки, кукурузное поле по бездорожью. В это же время он начал заниматься музыкой. Наши близкие знакомые Суровцевы Степан Иванович и Зоя Алексеевна предложили нам взаимы деньги на покупку пианино с условием отдать, когда сможем.

В этот период я стал ассистентом и защитил кандидатскую диссертацию. Жить стало легче, но на столе основным блюдом оставалась жаренная картошка. Я помню, как Михаил Маркович Ковалев, в то время тоже ассистент нашей кафедры, слушая в ординаторской радиопередачу о весеннем снижении цен, что практиковалось в пятидесятые годы, сказал: «Так это ж теперь можно взять на завтрак сто граммов колбасы!»

В этот период мы сделали несколько приобретений, которые считали роскошными: люстру «на шесть персон» (с шестью лампочка-

ми), заказали копию симпатичной картины маслом, а также купили проигрыватель с корундовой иглой для долгоиграющих пластинок. В доме зазвучала «Травиата», «Риголетто», эстрадные концерты. Мы стали ездить в отпуск на юг («дикарями»). Дважды были в Ялте в Крыму и один раз в Сочи. Ездили втроем, с Алешей. Снимали комнату. Покупали билеты на весь период на концерты и экскурсионные поездки по окрестностям. Я отснял за поездку несколько пленок и потом мы с Алешей их печатали в ванной комнате. Фотоаппарат «ФЭД-2» я купил еще в Чистяково при первой же возможности в числе особо нужных вещей. В это время мы подписались на собрания сочинений Л.Н.Толстого, М.Горького, А.П.Чехова, Большую Советскую Энциклопедию и т.д.

Осенью 1958 года с подачи профессора К.Т.Овнатаняна мне предоставили трехкомнатную квартиру в центральной части города (ул. Щорса, 7). Мы были очень довольны квартирой (56 метров), районом (3 квартала от центральной площади города, Алеша перешел в школу №1) и т.д. В этой квартире мы прожили до 1970 года, до конца нашего пребывания в Донецке.

У нас всегда было много хороших знакомых и замечательных друзей. Когда у нас появилась хорошая квартира в удобном районе, Маргарита проявила чудесные качества гостеприимства. На Ново-Игнатьевском проспекте мы смогли устроить только новоселье. Добираться было настолько далеко и неудобно, что мы были лишены возможности собирать у нас наших друзей.

Наша компания близких знакомых включала Лиллю и Романа Зеленевских, Зосю и Васю Городничевых, Наталию и Юзефа Раскиных, Танечку и Наума Оффенгенден, Зою Алексеевну и Степана Ивановича Суровцевых, Танечку и Игоря Булавкиных, Валю и Игната Матяшиных.

Мы часто ходили вместе с театры, выезжали на пикники, ходили на каток, выбирались просто пройтись по свежему снежку. Обычно 1—2 раза в месяц мы собирались по поводу дней рождения, какого-то важного события, революционного праздника или без повода. Застолья были очень веселыми, с выдумкой, розыгрышами. Никто в компании не выпивал лишнего, алкоголь ни для кого в компании не стал и в дальнейшем проблемой.

По предложению Юзефа Александровича Раскина, который знал несколько иностранных языков, мы в течение примерно года-полтора регулярно, практически каждую субботу, собирались на уроки английского языка, которые он и вел. Добросовестно готовили домашние задания и старательно работали на уроках. После двух ча-

сов напряженных занятий следовала первая перемена, затем вторая, с горячими блюдами. Обычно заканчивали десертом и танцами.

Это было в ту пору, когда появилась возможность выезжать за рубеж, и пробел в иностранных языках стал очевидным.

Первый раз я оказался за рубежом в 1961 году в Риме на Всемирном конгрессе хирургов. Эта поездка дала мне массу впечатлений. Поэтому, когда в следующем году профсоюзы формировали туристическую группу, и ко мне, как к проверенному в предыдущей поездке, обратились с предложением поехать в Польшу, ГДР и Чехословакию, я с удовольствием согласился. Ехали на своих машинах. У нас машины не было, поэтому мы скооперировались с Матяшиными. Поездка получилось совершенно замечательной. Игнат был удивительно остроумным человеком. Мы были всю дорогу в приподнятом настроении.

В дальнейшем мы с Маргаритой побывали в Болгарии, Румынии, Венгрии, Югославии. Эти поездки, как правило, были очень интересными. Часто мы проводили активную политику составления группы и вовлекали в поездку наших хороших знакомых. Много из того, что мы видели хорошего, хотелось применить и у нас в стране.

Середина 60-х годов была порой моего очень активного роста в хирургии — я, по сути, был ведущим хирургом самой крупной тогда в Украине (220 коек) многопрофильной хирургической клиники, занимал видное положение в мединституте. У меня был очень широкий круг добрых знакомых. Многих людей или их родственников я оперировал. Я был знаком и поддерживал отношения с большим числом крупных хозяйственных и партийных деятелей, руководителей заводов, артистов, коллег. Многие из них бывали у нас дома, у многих бывали мы с Маргаритой.

Большое внимание неформальному, внеадресному общению коллектива клиники уделял профессор К.Т.Овнатанян. Он довольно часто собирал ведущий состав клиники у себя дома, был душой многочисленных банкетов по поводу защит диссертаций, повышения в должности и т.д. Его жена Варвара Фадеевна живо участвовала в этой важной стороне жизни клиники. Мы с Маргаритой были неизменными участниками подобных мероприятий (все женатые приглашались с женами). Такое общение порой сглаживало напряженность отношений, хотя никто никогда не переступал грань и не нарушал дистанцию.

В тот период многие наши сотрудники стремились найти разрядку в различных физических упражнениях. В то время в Донецке дач, как в Киеве, не было. Мы ходили играть в волейбол, бадминтон,

плавать на ставках или кататься на каток. Я как-то выиграл первенство по бадминтону среди преподавателей мединститута. Я с удовольствием катался на беговых коньках, пока не сломал правую руку. Однако остановил не переломом, а то, что в Киеве на большинстве катков кататься на беговых коньках было запрещено. Нужно сказать, что при нашей хирургической нагрузке алкоголь в качестве разрядки не проходил. Никто им не злоупотреблял, по крайней мере, когда я работал в клинике К.Т.Овнатаняна. Думаю, что если бы кто-то и начал злоупотреблять, он бы быстро лишился места в клинике.

В 1964 году Алеша перешел заниматься в школу №17. Тогда проходил хрущевский эксперимент над школами. Обучение в школе сократили с 11 до 10 лет, и Алексей попал в двойной выпуск школьников. Естественно, никто не увеличивал прием в институты и это создало очень большие конкурсы. В то время по окончании 8-го класса в девятые классы стали набирать по конкурсу аттестатов. В 17-й школе были только 9—11 классы. Алеша занимался в 9-Ж классе, причем это еще не был конец алфавита в параллели. В класс набрали только отличников и хорошистов из восьмых классов. В результате 14 человек в его классе получили медали. При этом в классе с наилучшими аттестатами после 8 класса при выпуске был всего один хорошист — остальные троечники. Таким образом разделили тех, кто хочет учиться и не хочет. В классе Алексея был хороший настрой на учебу. Учеба ему всегда давалась легко.

Вообще, в течение его учебы я всего пару раз был на собраниях в школе, никаких проблем с его учебой мы не знали.

Он постоянно чем-то увлекался. Долгое время пел в хоре. У него был хороший голос альтино и он всегда охотно участвовал к школьных концертах, солировал в хоре. Однако в игре на фортепиано особых успехов не делал. Всегда много читал.

С четвертого класса он занимался английским языком. Ему повезло с преподавателем Александром Матвеевичем Войтенко, который большую часть жизни прожил за рубежом, причем он там преподавал русский язык. А.М.Войтенко написал книгу «Разговорный английский» в середине 60-х годов вместе со своим братом. Эта книга в последние годы несколько раз переиздавалась.

В дальнейшем Алеша занимался немецким языком с женой А.М.Войтенко Урсолой Вальтеровной, которая по-русски практически не говорила, а затем с Е.А.Фляксером.

В детстве Алеша увлекался акробатикой, фотографией, много и хорошо ездил на велосипеде, зимой катался на лыжах и беговых коньках. На лето мы его обычно отправляли в пионерские лагеря.

В медицинский институт Алеша поступил легко и учился хорошо. Помню, я решил позкзаменовывать его перед экзаменом по анатомии. Он очень хорошо отвечал не только на вопросы по нормальной анатомии, но также, когда я начал ставить вопросы в плоскости топографической анатомии, пространственных отношений, чего они не проходили, он тоже легко справлялся с моими вопросами. Я ему сказал, что я так анатомию не знал. Мне было приятно, что он получил по анатомии отлично с отличием.

Я попробовал заинтересовать Алексея хирургией, но из этого ничего не вышло. Однако он увлекся биофизикой. Нужно сказать, что ранее я отговорил его поступать на биофизику в университет. В Киеве он увлекся патофизиологией, а потом поступил в аспирантуру по психофизиологии (в Институте гигиены труда).

Моя жена в Донецке очень успешно занималась офтальмологией. Довольно длительный период она была заведующей глазным отделением областной больницы. Маргарита очень хорошо оперировала и многих научила этому тонкому искусству. На базе глазного отделения областной больницы работала кафедра офтальмологии Донецкого мединститута. Ей предлагали заняться научной работой, написать диссертацию и т.д. Маргарита часто участвовала с докладами на офтальмологических конференциях и съездах, публиковалась, но серьезно включиться в научную работу отказалась. Она сказала, что в семье достаточно одного доктора наук, а второго семья может не выдержать.

Она была очень популярным глазным врачом, со своим кругом пациентов. Она, как заведующая отделением больницы, смогла поддерживать не всегда простые отношения между кафедральными и больничными сотрудниками, очень деликатно решала любые конфликты. Она всегда была душой компании, очень радушной, веселой, доброжелательной и очень остроумной. На протяжении многих десятилетий она сохраняет дружбу со своими подругами юности.

Я считаю, что у нас с Маргаритой сложились идеальные семейные отношения. У нас в семье не бывает ссор, хотя, естественно, бывают разногласия и споры. Маргарита умеет вести дела очень тактично. Она всегда прекрасно ладит с моей мамой, которая прожила с нами до 1990 года.

Мама переехала жить к нам после смерти отца. Она взяла на себя всю работу по дому. От природы она была человеком сдержанным и разумным. Она никогда не была причиной конфликтов, всегда подчиняла свои интересы интересам семьи. Была очень наблюдательна и тактична. Она хорошо чувствовала людей, и часто высказывала

свои сомнения значительно раньше, чем какие-то сложности с человеком возникали.

В Киев мама вернулась с нами уже в возрасте 76 лет. Поначалу она выходила из дому на недалекие прогулки. Но однажды она заблудилась и не могла попасть домой, пока не объяснила прохожему, что она видит из окна дома. После этого она почти 20 лет сама из дома не выходила.

В Киеве почти через год, в самом конце апреля 1970 года, я получил маленькую четырехкомнатную квартиру в доме напротив оперного театра. Место квартиры хорошее, всюду близко. Планировка — очень плохая. Квартира летом невыносимо жаркая, шумная. Зимой очень холодная. Но жить можно.

Когда мы переехали в Киев, то с работой Маргариты устроилось не сразу. Она проработала почти год в Октябрьской больнице, а затем ее пригласили работать в Первую поликлинику Минздрава УССР, которая обслуживала членов политбюро и партийный аппарат ЦК КПУ, а также Совет Министров УССР. Ее кабинет в «доме с химерами» архитектора Городецкого (Банковая, 10) размещался на втором этаже и выходил тремя окнами на улицу Орджоникидзе (ныне Банковую). Работать с этим контингентом пациентов было не всегда просто, однако мне не известно, чтобы у Маргариты возникали какие-либо трения. Она и я очень рады, что главным офтальмологом Украины является замечательный врач, профессор и академик Николай Маркович Сергиенко, который начинал в Донецке.

Маргарита оставила работу в мае 1986 года, когда взяла внучку Аленушку и уехала подальше от чернобыльского реактора в Донецк к своему брату Вениамину.

С тех пор она посвятила себя семье.

В 1974 году Алексей женился. В наш дом пришла милая певунья Наташа Никитина. Она оканчивала исторический факультет Киевского университета, и успела его окончить непосредственно перед тем, как родила сына. Малыша назвали Виктором.

Витя рос благополучно, Наташа его изобильно кормила молоком, но сама от избытка молока очень страдала. Когда мальчику было полгода, кормление пришлось прекратить, а Наташу я прооперировал по поводу мастита.

Вскоре удалось получить для детей двухкомнатный кооператив и они зажили самостоятельно. Наташа оказалась очень заботливой мамой и чудесной хозяйкой. Мы всегда с удовольствием бывали у них, но чаще они приходили к нам. Мы обычно оставляли Витю на субботу у себя и получали от общения с внуком большое удовольствие.

Он рано заговорил, почти в год начал самостоятельно ходить, рано научился читать. Наташа и Алеша учили его многим стихам, которые он с большим чувством декламировал. Витя сильно картавил. Постепенно он понял, что картавость — это дефект его речи и начал удивительно упорно работать, чтобы от него избавиться. Действительно, к пяти годам он больше не картавил, говорил очень чисто, правильно и с богатым лексиконом.

Мне было с ним очень интересно, потому что он проявлял большое любопытство, и просил меня рассказывать ему о моем детстве, поездках, хирургии, отношениях с людьми. По ходу рассказов он задавал весьма дельные вопросы, которые свидетельствовали о глубине понимания.

Особенно интересно мне с ним стало, когда он вырос, чтобы совершать длительные прогулки. Я его брал за руку и мы с ним ходили гулять по городу. Он был хороший ходок, редко уставал и никогда не ныл. Помню, на отдыхе в Гантиади мы пошли на длинную экскурсию, во время которой нужно было подняться высоко на гору — час-полтора пути. Вите было два с половиной года. Когда он устал, то собрался, замолчал и упорно шел вверх. Когда мы добрались до вершины, он отвел свою маму в сторонку и тихонько расплакался. На обратном пути мы шли с ним впереди группы. Когда мы спустились, и он понял, что справился с маршрутом, он помчался обратно, навстречу группе, с которой мы шли.

Мы с Витей много и содержательно беседовали. Как взрослые. Он уточнял значение слов и мы продолжали. Он понимал много больше, чем я поначалу ожидал. В дальнейшем он использовал полученную информацию, часто в неожиданном аспекте.

У Вити довольно рано обнаружился хороший голос, и он много пел. Алеша несколько песен написал для него, а потом еще много для Алены. В доме у Алеши всегда много пели, хотя сам он практически перестал петь, а только аккомпанировал Наташе. У Наташи оказался очень красивый голос, она часто пела, особенно, когда были гости. Наташа занималась год в консерватории, пока училась в Петрозаводске. Алеша уговаривал ее брать уроки пения, но это как-то не сложилось. В 7 лет Витя пошел в школу и параллельно поступил в музыкальную школу, учился играть на скрипке.

Когда родилась Алена, Витя стал активно помогать маме, нянчить сестричку, учить, строить для нее крепости из кубиков, что он делал с необычайной фантазией. Алена, когда ее спрашивали, кого она больше всех любит, выпаливала — «Ику» (Витю), а потом, после паузы, шли мама, папа и прочие. Витя любил приносить по дороге из школы хлеб. Он часто покупал его «на свои», сэкономленные на

завтраке, деньги. Он выстаивал длинные очереди за молоком и маслом — то было время дефицитов и очередей.

Учился он прилежно и очень много читал.

Витя погиб за несколько дней до окончания второго класса, упав в школе в пролет лестницы.

Алене было чуть более двух с половиной лет. Она Витю практически не помнит.

Дети рвались поменять квартиру, на дачу мы долго не могли ездить из-за воспоминаний. Через год поставили памятник.

Мы помогли детям переехать в двухкомнатную квартиру на Печерске. Сами к тому времени жили на ул. Суворова, 13.

Алексей заведовал лабораторией в Институте гигиены труда, заканчивал докторскую диссертацию по психофизиологии операторского труда. Работал очень увлеченно с применением самых современных технических и компьютерных средств. Еще для его работы над кандидатской диссертацией ему на заводе им Королева разработали специальную радиотелеметрическую аппаратуру, которая позволяла целый день регистрировать кардиограмму у человека, не отвлекая его от работы. Теперь у него был экспериментальный комплекс с двумя современными ЭВМ, которые позволяли непрерывно регистрировать несколько физиологических параметров в процессе операторского труда и анализировать данные весьма изощренными статистическими методами. На основе этих работ были созданы уникальные автоматизированные компьютерные системы мониторинга надежности операторов атомных и тепловых электростанций для предсменного и внутрисменного контроля текущей работоспособности операторов.

По этой проблематике он в июне 1989 года защитил докторскую диссертацию.

Алексей был в свое время комсоргом института, председателем совета молодых ученых института, успешно занимался научной деятельностью, установил хорошие связи с коллегами из институтов медико-биологических проблем, биофизики МЗ СССР, организовал программу ЦК комсомола Украины «Оператор» чтобы привлечь к своей работе молодежь из разных учреждений. После Чернобыльской аварии много работал на Чернобыльской АЭС, почти создал Научный центр надежности человека в энергетике Академии наук СССР (утвержденный устав и печать остались на память), возглавлял научную работу в Минэнерго Украины в области психофизиологии труда, разработал отраслевое законодательство по организации психофизиологического обеспечения труда операторов, в том числе мониторинга текущей надежности, которое было утверждено

в начале 90-х годов. Был членом научно-технических советов Минэнерго СССР, Минатомэнерго СССР, членом научного совета по проблемам человека в экстремальных условиях при Институте биофизики Минздрава СССР.

В 1993 году Алексей вместе со своим другом еще со студенческих лет Александром Смикодубом начал заниматься клеточной терапией. Это раздел трансплантологии, когда пересаживаются стволовые эмбриональные клетки. При определенных условиях эти клетки не вызывают реакцию отторжения и приживаются в организме. Они дают потомство, которое специализируется в соответствии с потребностями организма реципиента. Это обеспечивает широкий спектр лечебных эффектов. В 1999 году мне также пришлось стать пациентом их клиники ЕмСелл.

Невестка Наташа после рождения Вити работала в музее Великой Отечественной войны. Потом она перешла работать учителем истории в школу №57. Это позволяло освобождаться с работы раньше и больше внимания уделять ребенку.

В 1981 году у них родилась дочь Аленушка. Славное дитя. Пока она была в тени Вити, я на нее обращал меньше внимания. Когда она подросла, она оказалась очень одаренным и милым ребенком.

Наташа очень много внимания уделяла воспитанию детей, много с ними гуляла, читала им и пела. Наташа родила нам светлых и талантливых детей. Она оказалась очень преданной матерью и женой, и хорошей невесткой. Она заботливо относится к нам с Маргаритой, и мы тоже всегда о ней заботились самым внимательным образом. Наташа по просьбе Алексея окончила работать в школе вместе с Аленой. Какое-то время увлеченно занималась «Гербалайфом», но потом бросила и сосредоточилась на интересах семьи.

Аленушка, сколько себя помнит, — поет. На домашних концертах она начинала, держась за ногу брата, пока плохо стояла. Потом она пела в хоре гостелерадио, пела много алешиных песен, который писал для нее музыку, пока она сама не начала сочинять и стихи, и музыку. Аленушка ходила в 77-ю школу, а потом в мамину, 57-ю. Музыкой она начала заниматься с 1-го класса, даже давала сольные концерты в 6-м и 7-м классах музыкальной школы. С ней занималась чудесный педагог Людмила Григорьевна Федорова, которая оказала огромное влияние на развитие Алены.

Наташа водила Алену на танцы разных жанров — балет, народные танцы, позже — бальные.

У Алены довольно рано начали проявляться литературные данные, особенно, когда она начала писать стихи. В 12 лет Алена выиграла путевку в детский лагерь «Артек» победив в конкурсе со своей

сказкой. Потом она ездила на конкурс в Болгарию со своими песнями. Стала финалистка киевского конкурса красоты среди старшеклассников и с увлечением окончила школу моделей, готовясь параллельно к выпускным экзаменам. После 11-го класса она опубликовала сборник стихов «Прикосновение».

Хочу назвать еще одну ее любопытную черту. Все мы с малых лет спокойно доверяли ей свои секреты. Никогда не было, чтобы она специально или невзначай выдала чей-то секрет, проболталась.

Алена окончила 4 курса Киево-Могилянской академии и стала бакалавром искусств. Сейчас она окончила там же первый год магистратуры по специальности «Журналистика» и поступила на второй курс консерватории по классу вокала (в класс Галины Станиславовны Сухоруковой). Она мечтает стать оперной певицей. Хотя я думаю, что ее призвание — писать. Интересно, что сначала она писала на русском языке — как говорят в семье. Но образование она получила на украинском языке, и более сложные предметы ей проще излагать на украинском. Примерно с третьего курса ее стихи стали рождаться на украинском языке. У меня впечатление, что в ее употреблении украинский язык богаче и гибче, чем русский.

Нужно ли говорить, что мы нежно любим нашу дорогую внучку. Ей я посвятил книгу «55 лет в хирургии».

У семьи Алексея много хороших друзей, бывать с ними на праздниках доставляет нам большое удовольствие.

Сейчас у них живут два замечательных ньюфаундленда Даймонд и Эней.

Лето стараются проводить в их любимом селе на Черниговщине рядом с заповедником «Качановка».

Когда дети от нас переехали в собственную квартиру, мой график работы стал меня засасывать своей монотонной почти круглосуточной занятостью. Я стал думать об организации отдыха. Мы решили купить дачу. Я с большим удовольствием подрезал деревья, строгал и пилил. В прошлом году я обновил сад. При тех усилиях и затратах, которые вложены в дачу, если бы не унижительные советские ограничения, можно было бы построить приличный загородный дом.

Но все же гораздо больше увлечений у нас было в городе. Мы с Маргаритой очень часто ходили в театры, особенно в оперный, в Театр украинской драмы им. И.Франко и русской драмы им. Леси Украинки. Мы часто бывали в музеях и на художественных выставках. У нас есть много добрых знакомых среди творческой интеллигенции Киева, с которыми мы с удовольствием общаемся.

Сейчас мы живем с Маргаритой и нашей четырехцветной кошкой Ксюшей. Я работаю над научным годовым отчетом и заканчиваю эту книгу. Готовлюсь к моему восьмидесятилетию.

НЕВЫДУМАННЫЕ ИСТОРИИ

И.С.Козловский на отдыхе

У каждого человека есть события, которые сохраняются в его памяти всю жизнь. Со временем стираются второстепенные подробности, а главное становится ярче и значимее, потому помнится.

По силе воздействия на меня и других зрителей запомнился сольный концерт великого тенора, народного артиста СССР Ивана Семеновича Козловского в Донецке в 1948 году.

Разгар выпускных государственных экзаменов. Дорога каждая минута. Из афиш узнали: в оперном театре будет один сольный концерт И.С.Козловского — кумира молодежи того времени.

В кассе самые дешевые билеты — 25 рублей. Мне нужно два билета — Маргарите и себе. Для бюджета студента это экономический крах. Но это же сольный концерт И.С.Козловского! Не раздумывая, раскошелился и стал счастливым обладателем двух билетов!

Театр переполнен. Публика празднично одета. Зрители возбуждены в ожидании встречи с великим артистом. Фойе и зал, освещенные всеми светильниками, подчеркивают торжественность события. Звонок — приглашение в зал. Медленно гаснет свет. Публика успокаивается. Занавес раздвинулся. Появление на сцене элегантного Ивана Семеновича зрители встретили громом аплодисментов. Он кланялся, прикладывая руки к груди, посылал воздушные поцелуи в зал. Зал неистовствовал.

Аккомпаниатор занял место за роялем. Концерт начался. Роль конферансье взял на себя Иван Семенович. От этого общение артиста с публикой стало более тесным. Артист пел арии из отечественных и зарубежных опер, исполнял романсы, народные песни... Серебристый голос Ивана Семеновича звучал бесподобно. После каждого произведения восторженная публика награждала певца продолжительными аплодисментами.

Постепенно усиливалось влияние артиста на зрителей. Восторженный прием публики передался артисту, вдохновил его. Он пел много. Пел на бис. Концерт затянулся.

Во время концерта произошел такой случай. Одна студентка пришла на концерт с конспектами и во время овации листы конспектов с галерки разлетелись по зрительному залу. Иван Семенович со сцены первым увидел листки конспектов, медленно летающие по залу. Он быстро принес из-за кулис гитару и под ее аккомпанемент исполнил романс о падающих листьях.

Это был восхитительный экспромт. Зрители вскочили с мест, бурно аплодировали Козловскому.

Концерт закончился. Публика расходилась медленно, восторженно обсуждая услышанное, надходясь под обаянием великого артиста.

Мы с Маргаритой шли домой под впечатлением от концерта. В памяти возникали его подробности. Я подумал, находчивость артиста сделала концерт еще более запоминающимся.

С тех пор прошло много лет. Отдыхая в Крыму в санатории «Черноморский», Маргарита среди приехавших на отдых людей увидела Ивана Семеновича Козловского в сопровождении молодой женщины. Небольшой санаторий способствует быстрому знакомству, тем более, что наши столы в столовой оказались рядом. Даже в небольшом санатории создавались кружки по интересам. Так мы с Иваном Семеновичем и его спутницей оказались в одной компании. Интерес Ивана Семеновича Козловского ко мне возрос, когда он узнал, что я хирург-уролог.

Несколько раз мы вчетвером совершали прогулки по Никитскому Ботаническому парку, к которому примыкала территория нашего санатория. Он порой смущал мою Маргариту галантным обхождением, поклонами.

Во время одной из прогулок я завел с ним разговор о его сольном концерте в Донецке. Рассказал ему о «падающих листьях», о том впечатлении, которое это произвело на нас, и что спустя четверть века мы помним многое из того, что слышали и видели тогда.

Ему было приятно слышать, что его выступление нам запомнилось, но сам он концерта вспомнить не мог.

Это не удивительно. Несмотря на то, что сольный концерт для артиста — напряженная эмоциональная работа, требующая силы и вдохновения, это его повседневная работа. Концертов много, запомнить их невозможно.

Благородство души Ивана Семеновича, его человеколюбие и преданность артистическому клану проявилось в следующем факте.

В санаторий с концертом приехали артисты Симферопольской филармонии. Со сцены они заметили, что в первом ряду сбоку сидит Иван Семенович. Они заволновались, это было видно даже зрителям. Их волнение понятно. Волнение местных артистов заметил Иван Семенович.

Он легко поднялся на сцену. С очаровательной улыбкой протянул им руки и всех без исключения расцеловал, а руководителю что-то сказал.

После каждого выступления артистов он подчеркнуто аплодировал, давая тем самым понять — их выступление ему нравится.

После концерта Иван Семенович вновь поднялся на сцену, некоторых расцеловал и всех артистов пригласил к себе. Пригласил и нас с Маргаритой. Вечер начался сразу непринужденно, артисты немного выпили вина, стали более раскованными. Начали рассказывать интересные случаи из артистической жизни, как всегда, рассказывали анекдоты. А затем песня...

Санаторий. Поздний вечер, вернее, ночь. Иван Семенович запел первым тихо, но выразительно, без аккомпанемента. В тихое пение включились все вокалисты.

В разгар вечера Иван Семенович забеспокоился. Я его понял: запасы вина и закуски на исходе, и предложил поделиться своими припасами. Он обрадовался. Мы добавили на стол того, чем богат Крым в бархатный сезон, и вечер продолжался.

В тот памятный вечер было спето много песен и романсов, лирических и душевных. Пели тихо, пианиссимо. В этот момент с нижней лоджии соседи покашливали и попросили петь... чуть громче — им плохо слышно. Значит, все соседи слушали замечательный ночной концерт с участием Ивана Семеновича Козловского.

Что и говорить, вечер и ночь были прекрасными, славили и благодарили инициатора. На импровизированном банкете руководитель группы симферопольских артистов произнес тост в честь Ивана Семеновича:

— Дорогой Иван Семенович! Для вас встреча с нами — маленький эпизод в жизни. Для нас же встреча с вами — выдающееся событие в нашей жизни. Эти часы мы разделим на минуты, минуты на секунды, чтобы было больше времени, о котором мы будем помнить всю жизнь и расскажем своим детям.

Красивый, а главное искренний тост был произнесен вдохновенно. Давно это было, а слова тоста помнятся, особенно про часы, минуты и секунды.

Иван Семенович отошел в мир вечного покоя. О себе он оставил нетленную память — обаяние, арии, песни, романсы... и серебристый тенор.

Жители села Марьяновка Полтавской области в 1990 году на родине И.С.Козловского открыли музей своего знаменитого земляка. Хвала им и честь!

Я решил описать две мои встречи с Иваном Семеновичем Козловским, и как две монетки, опустить в копилку народной памяти о нашем гениальном земляке.

Художник Федор Зотикович Коновалюк

Ко мне часто обращаются представители творческой интеллигенции за врачебной помощью. Зная их особый психологический склад, острый наблюдательный ум, возбудимость, ранимость, умение улавливать не только смысл слов, но и читать мысли по лицу, движениям рук, по глазам, приходится беседовать с ними особенно осторожно и внимательно.

В большинстве это интересные и сложные люди. Они не только пациенты, но каждый из них еще и заслуженный артист, лауреат, академик... А я не только врач, но и человек, которому с ними интересно. Более того, я давно поклонник (или становлюсь поклонником) их таланта. И теплые отношения у нас устанавливаются на долгие годы.

О некоторых я расскажу.

Как-то утром ко мне заходит хрупкая женщина, уже немолодая, подвижная, с живыми темными глазами. Представилась: жена художника Коновалюка... Вы его не знаете. Советская власть его почитала, но не очень. Он пренебрегал индустриальными пейзажами и жизнью колхозного села. Редко откликался на эпохальные события современности.

— Коновалюк? — Переспросил я. — Знаю. Недавно на открытии республиканской художественной выставки видел небольшой этюд вашего мужа. На выставке один мой знакомый художник остановил меня возле этой картины. Мой добровольный гид сказал: «Обратите внимание, как мастерски на этюде выписан воздух, освещенный лучами заходящего солнца. Вроде его и нет и он явно присутствует на картине. Этюд 30×40 см, а какой простор, какая глубина».

— Большой мастер, — заключил мой гид. Фамилию Коновалюк я хорошо запомнил.

Это обрадовало Тамару Ивановну — так звали мою посетительницу. Она приступила к сути своего визита.

Ее муж 11 лет тому назад перенес операцию на предстательной железе. Сейчас ему 86 лет. Симптомы болезни возобновились. Нужна помощь.

Я госпитализировал Федора Зотиковича в институт.

Федор Зотикович знает себе цену. Рассказывает о своей болезни скупно. Она у него на втором плане.

Он выше среднего роста. Держится прямо. Грузноват. Голова красиво сидит на шее. Лицо овальное, черты лица грубоватые, крупные, как и должно быть у крупного мужчины. Глаза большие, блестят. Это, по моим наблюдениям, хороший признак. Разговаривая и слушая, смотрит в глаза. Взгляд не отводит. По глазам вижу, как он реагирует на наш разговор. Брови дугообразные, широкие с проседью, высоко расположены над глазами, отчего взгляд кажется немного удивленным, а оттого еще более симпатичным и приятным. Лоб высокий, выпуклый. Волосы седые. Держится Федор Зотикович совершенно свободно. Говорит на красивом украинском языке. Голос его слегка приглушен, с баритональным оттенком. В нем нет старческого дребезжания. Мысли излагает просто, кратко и последовательно.

Из его рассказа я выяснил, что до прошлого года у него все было хорошо. Впереди — пленэры, осенние и зимние этюды, подледная рыбалка, а они стали невозможны из-за возвращения болезни.

Обследование показало, что у него возник рецидив старой болезни. Нужна повторная операция. Меня останавливает его возраст. Федор Зотикович уловил мои сомнения. И, как бы предупреждая мой отказ, сказал:

— Виктор Степанович, не сомневайтесь. Возраст не помеха. Я здоров. Чувствую себя хорошо. Операцию перенесу. Только сделайте.

Его оптимизм и решительное желание избавиться от мучившей его болезни меня подкупили. Вскоре я сделал ему повторную операцию на предстательной железе.

Операция прошла благополучно. В послеоперационном периоде осложнений не было. Он хорошо поправлялся. Шутил. Вообще он был жизнелюб. За это его полюбил персонал клиники.

На 4-е сутки после операции, как всегда, утром я зашел в палату навестить его. Смотрю, он примостился у окна. В руках альбом и карандаш. Он пишет то, что видит из окна на улице Ю.Коцюбинского.

— Федор Зотикович, не рано ли взялись за карандаш?

— Работа отвлекает от болезни. Мне сестричка ввела обезболивающее. Часик-полтора могу поработать. Потом лягу в постель.

Через день-два он начал ходить по отделению. Я подвел его к торцевому балкону, из которого был прекрасный вид на Павловский сквер, Гоголевскую улицу и высотное здание аэрофлота, что на площади Победы.

Он этот пейзаж написал. В рисунке не было прежней прорисовки, подводило зрение. Фактически больным он так и не был. Его мысли были заняты творчеством.

На болезнь он смотрел как на временное неудобство, от которого его уже избавили. Все делал для быстрого выздоровления и вскоре был выписан. Его ждал пленэр.

Тамара Ивановна через несколько дней нанесла мне визит. Сообщила, что с Федором Зотиковичем все хорошо. В знак уважения к моему искусству, хирургическому, он дарит мне свой этюд — Старое русло Днепра, 1930 год.

Она же пригласила меня с Маргаритой нанести им визит, побывать у них дома и посмотреть работы Федора Зотиковича. Приглашение мы приняли.

Жили они на Красноармейской, чуть наискосок от костела. Квартира двухкомнатная, малогабаритная «хрущовка». Мебель старая-престарая. Одежда — тоже.

Оба получают мизерную пенсию. Большую ее часть тратят на краски и кисти. Нет такого дня, чтобы Федор Зотикович не писал. Зимой они живут в Киеве. С ранней весны и до поздней осени они снимают сельскую хату с русской печью у знакомых в Клавдиево (дачный пригород Киева). Местность живописная — для художника рай.

Мы с Маргаритой смотрим на Тамару Ивановну и Федора Зотиковича — два пожилых человека. Они нежно любят и по-стариковски внимательно ухаживают друг за другом. Тамара Ивановна моложе своего мужа лет на 20—25. В молодости она работала в школе логопедом. Считала, что такая судьба предназначена ей Богом. Она ее свято выполняла, пока не вышла на пенсию.

Оба верующие, живут по заповедям Господа. Почитатели Т.Г.Шевченко, И.Котляревского, Леси Украинки, О.Кобылянской, В.Стефанюка. Разговор начался с осмотра картин, висевших на стенах.

В доме на стенах имеются картины — иллюстрации к стихам Т.Г.Шевченко. Несколько вариантов портрета Катерины, портрет учителя — художника И.Ижакевича, которого они оба боготворят, вспоминают с нежностью и лаской.

Федор Зотикович, как правило, картины тщательно выписывал. Картины высокого качества. Красочная гамма подбиралась безупречно. Он был признанным мастером Зимы. На эту тему у него множество работ, и все разные. Картины небольшие, но такое впечатление, что через небольшое окно смотришь на простор, лес, реку, поле... Свет, глубина, воздух, снег, весна, лето... А осень... Краски всех цветов. Гамма неповторимая. Мастерство поражает. Я даже пожалел, что картин так много. Нельзя рассмотреть детально каждую, а хочется. Они так свежи потому, что написаны на пленэре.

Тамара Ивановна пригласила нас к чайному столу. За чаем речь шла о жизни художников. Об оплате их труда — пенсиях, о красках, обо всем том, чем живут художники 70-х годов. Федор Зотикович изредка вставлял свои фразы. Как мне показалось, дома он молчун, а может быть, с малознакомыми ему людьми он не хотел вести откровенных разговоров.

Тамара Ивановна подвела меня к дубовому, еще довоенному шифоньеру. Отперла дверцу. Моему взору предстали две высокие стопки картин на картоне.

— Виктор Степанович, здесь 1400 работ Федора Зотиковича. У нас нет средств одеть их в рамки. Да кому они сейчас нужны?

— Тамара Ивановна, Вы не ошиблись — 1400?

— Нет, не ошиблась. Это только часть работ. В углу тоже картины.

Действительно, в углу комнаты стояло что-то похожее на большой сундук, какие когда-то были в селах, укрытое украинским рядном.

— Тамара Ивановна, сколько же там картин?

— Я не знаю, но больше, чем в шкафу. Картины портятся, краски трутся, тускнеют. Что с ними делать, не знаем.

— Почему же вы их не сдаете в Художественный фонд, как это принято среди художников?

— Не берут. Своих девать некуда.

— Как не берут?

— Картинам нужно придавать товарный вид, одеть в рамки. Для этого нужны средства. Их у нас нет.

— Может, у вас имеются знакомые любители живописи, — говорит Тамара Ивановна. — Пришлите, пусть отберут себе картины и купят. Если оставить все как есть, пропадет.

Да, действительно, все пропадет. Мы прислали ей нескольких покупателей. Все вырученные деньги Коновалюки потратили на краски, картон и прочее, что нужно художнику.

То, что мы с Маргаритой увидели, нас потрясло.

Полувековой труд талантливого украинского художника, собранный в этой квартире, лежит скрытый ото всех. В этюдах Украина: Запад, Восток, Юг, Крым, Север и, большая часть, — Центральная.

Глядя на эти картины, воспринимаешь Федора Зотиковича иначе. Понимаешь величие этого человека — художника и патриота Украины. Работы Федора Зотиковича, посвященные Киеву, свидетели того, как много в городе погибло под железобетонными строениями. На картинах есть, значит было в 1920—1930-е годы. В натуре сегодня нет, как и до недавнего времени не было Михайловского монастыря.

Как и следовало ожидать, разговор перешел на Федора Зотиковича: где родился, как жил, где учился. Вот что мы с Маргаритой узнали.

Федор Зотикович родился в крестьянской семье в 1890 году в селе Каливцы Мурованно-Куриливецкого района на Винничине, на границе с Молдовой.

Брацлавщина — край, богатый историей: османы, поляки, казаки, гетманы, декабристы, Г.Котовский, С.Петлюра, немцы, большевики...

Будучи Главным урологом Минздрава Украины, по долгу службы я объездил все районы Винничины. Знаю красоту тех мест. Равнинные области Украины переходят в предгорье Карпат. Местность холмистая. Золотая от зрелой пшеницы и подсолнухов. Зеленая от кукурузных и свекловичных полей. Фруктовые сады чередуются с перелесками, дубравами, лесами. Красота! Взор нельзя оторвать. Во время езды на машине пейзажи меняются все время, как в панорамном кино. Птиц не слышно и не видно. Это наша трагедия — ядохимикаты всех или почти всех уничтожили. Осталось немного в лесах. Трудлюбивые пчелы еще летают, жужжат, не хотят упустить время сбора меда.

По сторонам дороги за окном машины остаются древнейшие исторические города Каменец-Подольский, Бар, Жмеринка, Тульчин, Ямполь. Названия, знакомые с детства. Еще южнее Днестр с его живописными местами, гранитными берегами. За ним Молдова.

В 10-летнем возрасте Федор Зотикович остался круглым сиротой. Был подпаском. У него рано проявился художественный талант. Родной дядя, писарчук, живший в Киеве, забрал племянника к себе. Помог устроить в Лаврскую иконописную мастерскую, которой руководил известный художник И.Ижакевич, совместная работа с которой превратилась в многолетнюю дружбу.

В овладении художественным мастерством молодому художнику помогали такие выдающиеся мастера, как И.Ижакевич, В.Сонин, В.Менка, А.Мурашко, В.Маковский, Ф.Кричевский, поэтому немудрено, что талантливый мальчик-сирота из села быстро прогрессирует в своем творчестве.

В 1911—1915 годы Федор Зотикович учится в Киевском художественном училище. Учитя успешно. Педсовет училища назначает ему персональную стипендию имени академика-живописца Х.П.Платонова, в завещании которого было записано: «Премия давать способным начинающим художникам-сиротам из бедных крестьянских семей».

В 1915 году педсовет художественного училища рекомендует способного начинающего художника Коновалюка в Петербургскую академию искусств. Голодные 1916—1917 годы, сырой северный климат пагубно сказались на его здоровье. Он заболевает туберкулезом легких. Возвращается в Украину и только в 1927 году заканчивает Киевский художественный институт по классу Ф.Кричевского.

И... преподает черчение и рисование в трудовых школах и техникумах.

До революции в творчестве начинающего художника преобладали библейско-религиозные мотивы. Федор Зотикович принимал участие в росписях Всехсвятской церкви в Печерской лавре, Борисоглебского храма на Подоле, Покровской церкви на Куреневке, Спасопреображенского храма в Днепропетровске.

В первые годы советской власти Федор Зотикович — пейзажист и график. Современники весьма высоко оценивают иллюстративную графику произведений Т.Г.Шевченко, Л.Украинки, И.Котляревского, М.Черемшины, О.Кобылянской, В.Стефаника, П.Тычины. После войны художник написал несколько десятков произведений, посвященных партизанам С.Ковпака и М.Попудренко. По заданию Комитета по делам искусств рисует руины Успенского собора в Лавре, памятники и руины памятников в Чернигове, а также выставку трофейного оружия. Писал мосты через Днепр, станции метро, жилые массивы в Киеве.

В музее Кобзаря в Каневе Федор Зотикович реставрировал все картины. Написал несколько портретов руководителей партии, правительства и маршала И.С.Конева.

Он активно выставлялся на художественных выставках. Впервые это было в Киеве в 1911 году: картина «Княгиня Ольга». С 1915 по 1963 год он не пропустил в Киеве ни одной ежегодной выставки. Он многократно (6 раз) выставлялся в Москве. Его персональные выставки были в Донецке, Луганске, Мариуполе (1947); в Киеве,

Донецке, Днепропетровске, Львове (1955); Вологде (1956). Выставлял картины в Варшаве (1955); Астрахани, Ростове-на-Дону.

Написал несколько картин о Ленине: «Ленин среди детей» и др. И все-таки Советская власть и Союз художников относились к нему предвзято: оставался в оккупации, нет фундаментальных работ об индустриализации и коллективизации. Он, будучи по натуре создателем, не разделял слов известного гимна: «Весь мир насилия мы разрушим до основания...»

Поэтому первую персональную выставку художнику разрешили только в 1955 году, когда он вышел на пенсию. Она прошла успешно. При обсуждении работ, представленных на выставке, известный искусствовед М.Прахов сказал: «Все это написано просто, но из большинства работ видно, что эта простота — результат большого художественного мастерства и вкуса тонкого колориста».

На посмертной выставке Ф.З.Коновалюка, говорили, что он был художественным летописцем Украины и Киева. Выставка — небольшая часть того, что сделал художник на протяжении своей долгой творческой жизни. По его картинам можно изучать старый Киев, его пригороды и днепровские кручи.

Никакими почетными званиями как художник он не отмечен.

Прожил Федор Зотикович долгую жизнь. До последних дней держал кисть и писал. Умер тихо, спокойно, как и жил, на 96-м году жизни, похоронен в Киеве на Байковом кладбище.

После смерти мужа Тамара Ивановна позвонила мне и попросила приехать. Вот что она мне рассказала. Она написала письмо Олеся Терентьевичу Гончару, председателю Украинского фонда мира, и предложила ему 50 картин на их выбор для фонда бесплатно.

Приехали чиновники от Фонда мира, посмотрели на этюды-картонки. Решили, что Фонд мира на этом ничего не заработает, — так и сказали: не заработает. Дескать, «одеть» этюды в рамки будет стоить дороже, чем сами этюды.

По их чиновничьей логике получается, что ремесло — рамочки — будут стоить дороже произведений искусства великого мастера.

Я позвонил Олеся Терентьевичу. Он знал Федора Зотиковича и был возмущен своими представителями. Тут же дал указание оформить все картины, придать им товарный вид и устроить выставку-продажу. Это дало Олеся Терентьевичу повод в день смерти Коновалюка сказать: «Ми сповнені великої пошани до імені Федора Зотиковича, до його мистецького хисту. А його заповіт — передати Радянському фонду миру 50 своїх картин — відкрив нам ще одну

яскраву грань цієї людини — благородство і душевну щедрість, безмежну турботу про мир».

Виставку-продажу картин Федора Зотиковича організували в художественному салоні по Владимирській вулиці, дом № 51/53.

В день відкриття я посетив виставку. Картини висіли на стінах. Возле кожної з них стояла ціна. Я не скажу, що на виставці було багато народу, але достатньо. В книзі отзывів були різні записи, одні одобрювали живопис, інші називали її кольоровими фотографіями... Але як було моє здивування, коли зайдя на виставку три дні спустя, я побачив не більше десятка картин, все рештє — продано.

Після цього Тамара Іванівна з допомогою меценатів організувала посмертну більшу виставку більше 200 картин Федора Зотиковича — живопис, графіка, ілюстрації до творчості Т.Г.Шевченка і І.Котляревського. Виставка була відкрита в художественному салоні на Більшій Васильківській (Красноармійській) вулиці і пройшла з великим успіхом, зали були переповнені людьми.

Окрім Києва, виставка побувала в Донецьку, Дніпропетровську і Вінниці.

Я раніше писав, що мій командир батальйона Ф.І.Горенчук після війни жив і помер в г. Мурованні-Курилівці. На його похоронах я познайомився з першим секретарем райкома і головою райисполкома. Розповідав їм про одиссею їх земляка з села Калівці (тепер Ягідне) їх району. Вони про нього навіть не чули, хоча в той час була написана історія міст і сіл України. В ті дні ще експонувалися картини в Києві. Мій розповідь їх зацікавив. Вони послали свого представника до Тамири Іванівни. Всю експозицію або більшу її частину вона хотіла передати Вінницькому музею і музею в г. Мурованні-Курилівці.

Тамара Іванівна, увіковічивши пам'ять свого чоловіка, не надолго його пережила.

Композитор А.Екімян — покликання і професія

Одного разу до мене в кабінет без всякого попередження стрімко ввійшов Дмитрій Михайлович Гнатюк. Як завжди життєрадісний, веселий, впевнений в собі і доброземний. Разом з ним в кабінет ввійшов незнайомий мені чоловік. Свого супутника Дмитрій Михайлович представив: композитор А.Екімян. А.Екімян в той час в країні був дуже популярний. По телебаченню і радіо в концертах часто виконувалися його пісні, багато з них

українські: «Киянка мила», «Ти за мене заміж вийдеш», «Любиш-не любиш», «Подаруй» і інші.

Композитора і оперного співака Дмитрія Михайловича Гнатюка в той час об'єднувала спільна робота над піснею Расула Гамзатова «Кунак». Вони працювали в Москві.

— У композитора А.Екімяна камінь в правій нирці, — сказав Дмитрій Михайлович і продовжив: — Професор Пытель в Москві запропонував йому операцію, але не дуже наполегливо. А.Екімян страждав і роздумував: робити—не робити, погодитися або відмовитися. Я йому кажу: в Києві Інститут урології. Краще хірургів-урологів, ніж в Києві, немає. Тому ми у вас, — закінчив свій монолог Дмитрій Михайлович.

А.Екімян мав при собі висновки всіх необхідних досліджень. Діагноз був досить простий: великий камінь в правій нирці ускладнює відтік сечі з лоханки в сечовий міхур. Хвороба супроводжується приступами ниркової колики, ознобом і високою температурою тіла. Надія на розчинення, вилучення каменю петлями, а тим більше на самопроизвольне вивідання — марна трата часу. Можливо втратити нирку — такою було моє висновок.

По обличчю А.Екімяна видно: розчарування надією на консервативне вилучення каменю. Він вирішив ще подумати. Позвонити вдома...

— Олександр, але що тут думати — потрібно погодитися на операцію, — каже Д.М.Гнатюк.

— Дмитрій Михайлович, — вступаю в розмову, — будь подумай. Чоловіку необхідно зріти. Зрозуміти, що операція — єдиний шанс позбутися каменю в нирці. Потрібно час, щоб звикнути до думки: без операції неможливо одужання.

Поговорились, зустрінемо завтра.

Д.М.Гнатюк побачив спокійного композитора А.Екімяна.

Невдовзі порівняв працю артистів і хірургів. Перші доставляють радість своїм талантом і натхненням і негайно. Їх популярність велика.

Сьогодні я, хірург, огорчив композитора Екімяна. Але і вселив в нього надію. Надію на одужання. Надія — це теж радість. Тільки я дарую радість і навіть щастя одужання не всім негайно, а кожному пацієнту окремо. І знають мене, в основному, пацієнти.

Наввчтра А.Екімян в супроводі сина приїхав в інститут. Зайдя до Екімяна в палату, я звернув увагу на нотну тетрадь, яку лежала на тумбочці. В моєму мозку пронеслася думка: буде працювати. Це добре, краще, хороший знак. Хвороба оволодела їм не повністю. Що-то залишило для творчості і одужання.

Мне вспомнился другой композитор, которого я перед этим оперировал — Юлий Семенович Мейтус.

На третий день после операции я видел, как он делал записи в нотной тетради. Писать ему было неудобно. Но он работал. Мысль, музыка требовали выхода, стремились на бумагу. Он, композитор, подчинялся воле мозга — записывал ноты, не хотел упустить момент творчества, даже после недавно перенесенной операции. Я обратил внимание, как доброжелательно в этом ему помогала преданная и любящая жена Александра Ивановна. Удивительно нежные у них были взаимоотношения и ласковое обращение друг с другом.

Позже Юлий Семенович мне, человеку не посвященному в вопросы музыкального творчества, объяснял, что у композитора музыка рождается в мозгу, он мысленно слышит ее, перебирает в уме различные варианты. Лишь потом ему нужен музыкальный инструмент. Нужен для того, чтобы материализовать музыку, записать ее, проверить разные варианты.

Сначала я видел в Ю.С.Мейтусе нежного и хрупкого человека, но потом понял, это духовно сильный и мужественный человек.

Теперь вот другой композитор — А.Экимян. На тумбочке, на самом видном месте нотная тетрадь.

Интересно бы знать, какие мелодии рождаются в мозгу композитора накануне операции. Спросить неудобно, да и, наверное, не ответит он на этот вопрос.

По себе знаю, накануне операции, даже хорошо разработанной, в памяти проверяется много вариантов ее, сопоставляются преимущества и недостатки их в данной ситуации.

Главное — А.Экимян осознал необходимость операции и морально готов к ней.

Сказав пациенту несколько слов о том, как у него будет протекать послеоперационный период, я распорядился везти его в операционную.

У А.Экимяна оказалась на редкость сложная операция. У него была внутривенная лоханка и рассыпной тип почечной артерии. Ее ветви, как сетка, оплели наружную стенку почечной лоханки, через которую нужно было проникнуть внутрь почки и извлечь камень. Пришлось по миллиметру отделять и отодвигать в сторону кровеносные сосуды, чтобы освободить удобную «площадку» для вскрытия лоханки. К счастью, все обошлось благополучно. Камень удален и привязан к большому пальцу пациента: напоминание — болезнь побеждена. Больной проснулся от наркотического сна.

Процесс выздоровления у А.Экимяна шел хорошо. Поправлялся он быстро. На третий день появилась уверенность, что все самое страшное позади. Впереди выздоровление и возвращение к творчеству.

Между хирургом и пациентом во многих случаях возникают симпатия и доверие. Возникает желание рассказать друг другу намного больше, чем это необходимо.

Меня всегда интересовал процесс творчества. Причины и обстоятельства рождения мысли, идеи. Процесс ее завершения в музыке, романе, скульптуре. На этот процесс сильно влияют обстоятельства: погода, настроение, друзья, враги, состояние здоровья, инструменты и даже ручка, которой пишется текст, и многое другое, чего нельзя предвидеть и учесть.

У Алексея Экимяна я интересовался, как получилось, что он обратился к украинской песне.

Он рассказал, что в 14-летнем возрасте, в 1945 году, его привезли в Харьков и определили в ремесленное училище. В Харькове он впервые услышал украинские песни и мелодичную украинскую речь. Они его глубоко поразили. В памяти постоянно звучали украинские мелодии. Они запали в его душу. А позже началось их творческое осмысление и превращение в песни.

Судьба Алексея Экимяна сложилась так, что большую часть своей жизни он прослужил в Московском уголовном розыске, достиг высокого служебного положения и чина генерал-майора.

Все эти годы музыкой занимался «по совместительству». А скорее всего, по зову сердца и души. Мечтал, выйдя на пенсию, заняться только композиторской деятельностью. Это время наступило.

Уезжая из Киева, он подарил мне чеканку: морская гавань с парусными кораблями, на обороте которого сделал такую запись:

«Пусть Ваши мысли, воплощенные в жизнь, будут достойны силы и глубины моря, пусть мечты наполняют паруса будущих свершений и пусть всегда Ваша пристань будет мирной и полной чашей. С благодарностью, Алексей Экимян.

27/VI-1977 г.»

Скульптор — крушение надежды

Исполнилось 70 лет со дня рождения одного из наиболее талантливых и наиболее трагичных скульпторов Украины М.А.Грицюка. Нам в институте приходилось его лечить в терминальной стадии болезни, когда больным трудно, а у хирургов, лечащих таких больных, остаются в памяти отрицательные эмоции и рубцы на сердце. В связи с юбилейной датой мне вспомнилось такое.

В середине мая 1979 года ко мне обратился скульптор Михаил Акимович Грицюк.

Как выяснилось, у него были камни в обеих почках, сепсис, малокровие и почечная недостаточность. Функция почек едва определялась. Камни огромные. Занимали все расширенные полости почки.

Уже много месяцев у него изнуряющая температура тела 39—40 °С, озноб. Он измучен болезнью до предела. Истощен. Окраска кожи землисто-желтая.

На фоне сепсиса, подавленного иммунитета и почечной недостаточности об удалении камней даже из одной почки не могло быть и речи. Риск 100%! Надежды никакой!

Мы провели интенсивное медикаментозное лечение, но оно оказалось малоэффективным, а это плохой прогностический признак.

Ко мне приходил сам Михаил Акимович, его родственники, товарищи по профессии и просили сделать все возможное, чтобы поставить на ноги талантливого украинского скульптора, автора памятника Т.Г.Шевченко в Москве, напротив гостиницы «Украина». Я многократно восхищался этим скульптурным шедевром.

Я и мои товарищи делали все возможное. Обсуждался также вопрос о подключении к «искусственной почке». Но в запущенных случаях лечение не приносит заметного улучшения. Выздоровление продвигалось очень медленно и, скорее, было кажущимся.

Навещавшие товарищи считали его выдающимся украинским скульптором и поведали мне его творческую биографию.

Родился М.А.Грицюк в 1929 году в небольшом селе на Закарпатье. Вскоре его родители в числе многих жителей Закарпатья эмигрировали в Аргентину. У Михаила Акимовича рано проявился интерес к скульптуре. Знакомство с работами Степана Эрзя, эмигранта из России, жившего в Аргентине, окончательно определило жизненный выбор Михаила.

В пятидесятые годы эмигрантов стали настойчиво приглашать вернуться на родину, в Советский Союз. Семья Грицюков приехала в Киев. Михаил поступил в художественную школу, а затем в Киевский художественный институт. Родители оставаться в Украине не захотели, вернулись в Аргентину, где у них было свое дело.

Михаил стал киевлянином. Вся его творческая жизнь как скульптора связана с Киевом.

Накануне 150-летнего юбилея Т.Г.Шевченко был объявлен всесоюзный открытый конкурс проектов на памятник Кобзарю. Жюри конкурса рассматривало все проекты.

Из десятков проектов жюри единогласно отобрало один — поэт в полный рост, шагающий навстречу ветру, яркий, мощный, выделяющийся среди прочих проектов своим динамизмом и значительностью.

По вскрытии конверта члены правительственной комиссии были изумлены: авторами проекта оказались три малоизвестных недавних выпускника Киевского художественного института: Михаил Грицюк, Анатолий Фуженко и Юлий Сенкевич. Это их совместный дипломный проект! Значение их победы в конкурсе тем более весомо, что членами жюри были выдающиеся мастера Лысенко, Е.С.Вучетич и Коненков!

Работа над памятником велась интенсивно. Предполагалось закончить его к годовщине рождения Т.Г.Шевченко 9 марта 1964 года и установить в Москве на набережной напротив гостиницы «Украина».

Памятник открыли в июле. На церемонии открытия Н.С.Хрущев выступил с речью о революционере-демократе Т.Г.Шевченко.

Специалисты утверждают, что среди многочисленных памятников Т.Г.Шевченко в России, Канаде, Украине московский памятник является лучшим, подлинным шедевром искусства. Фигура поэта олицетворяет дух творчества, силу таланта и веру в несокрушимость гения и пророка.

В 1987 году был выпущен альбом «Мистецтво, народжене Жовтнем. Українське радянське образотворче мистецтво та архітектура 1917—1987 рр.». Авторы-составители Ю.Беличко и С.Килессо, художник-оформитель Л.Андриевский, рецензент художник С.А.Григорьев и архитектор М.С.Коломиец включили в альбом выдающийся памятник Т.Г.Шевченко в Москве, работы М.Грицюка, А.Фуженко и Ю.Сенкевича, созданный в эти же годы как один из выдающихся памятников украинских скульпторов и архитекторов, выпускников Киевского художественного института.

М.А.Грицюк — творчески неумная натура. Он пользовался большой популярностью среди художников, артистов, поэтов, писателей. Работу М.А.Грицюка я видел в выставочном зале — скульптуру академика Н.М.Амосова. Она меня потрясла своей необычностью. Эта скульптура врезалась мне в память, и я хорошо его помню, несмотря на то, что с тех пор прошло много лет. Для себя я назвал ее «Комок обнаженных нервов». Она точно отражает характер Николая Михайловича: стремительность, бескомпромиссность, энергичность, целеустремленность. Она сделана в необычной манере. Скульптура пользовалась большим успехом у посетителей выставки.

После лечения Михаилу Акимовичу стало немного лучше. Он тяготился пребыванием в институте. Стремился в мастерскую, к творчеству.

Он был выписан, но не надолго. Повторно госпитализирован в клинику через 2—3 недели в тяжелейшем состоянии. Даже в худшем, чем это было весной. Он просил:

— Помогите мне дожить до октября. Осенью у меня персональная выставка. Сделайте все возможное. Я на все согласен. Знаю — операция чрезвычайно опасная. Я о ней прошу и знаю возможные последствия.

Повторил:

— Мне нужно дожить до октября, до персональной выставки. Я хочу видеть и показать коллегам результаты многолетнего труда... А потом... — И он вяло махнул своей почти безжизненной рукой, которая многих увековечила.

Положение медиков было чрезвычайно сложное. С одной стороны — перед нами выдающийся скульптор, мечтающий не столько о здоровье и выздоровлении, сколько дожить до персональной выставки, на которой он мог бы в последний раз посмотреть сам и показать другим творения своей жизни и своего таланта, с другой — больной человек, истощенный до предела почечнокаменной болезнью, с подавленным иммунитетом. Он вряд ли выживет после операции. Мы говорили родственникам, что во время операции он не погибнет, он не перенесет послеоперационный период.

Больной, родственники, друзья настаивали на операции, видя неэффективность медикаментозного лечения.

Хирурги-урологи думали, как поступить.

Без операции смерть неотвратима. Операция чрезвычайно опасная и сложная. Надежда? Надежда призрачная, но имеется... После очередного детального обсуждения истории болезни Михаила Акимовича взяли в операционную.

Мы знали: операция будет трудной. Но трудности превзошли все наши ожидания. Камни из правой почки удалены. Кровотечение остановлено, кровопотеря возмещена.

После операции температура не снижалась, оперированная почка работала плохо. На десятый день случилось то, чего мы больше всего опасались...

Так трагически закончилась жизнь одного из талантливейших скульпторов Украины.

Творческая выставка по случаю 50-летия Михаила Акимовича Грицюка состоялась в октябре 1979 года благодаря содействию его

коллег. До ее открытия автор не дожил всего 4 месяца. Иногда мы дарим годы и десятилетия. Скульптору М.А.Грицюку все наши усилия не смогли добавить 4 месяцев жизни.

Династия скульпторов

Написал слово «династия». Оно мне понравилось красивым звучанием. В толковом словаре русского языка под редакцией Д.Н.Ушакова это понятие относится к монархиям. Правда, советская действительность расширила понятие династии: династия шахтеров, металлургов, хлеборобов. Поэтому я его оставил в заголовке. Речь пойдет о выдающихся украинских скульпторах.

Основатель династии Иван Степанович Зноба, его сын Валентин Иванович и внук Николай.

Труднее всего первому. Он прокладывает новый путь. Ему нужны особые способности и настойчивость. Он должен почувствовать свой талант, поверить в него, настойчиво следовать выбранной цели.

Мне позвонили из Союза художников и попросили принять на лечение старейшего скульптора Украины Ивана Степановича Знобу. Вскоре у меня в кабинете появился человек среднего роста, худощавый, с живым, пытливым взглядом и очень крепкой сухощавой кистью. Это я ощутил во время рукопожатия.

Он страдал из-за камня в мочеточнике. Уже три месяца периодически его беспокоили приступы боли в пояснице. Последние две недели бригада врачей скорой помощи почти каждый день купирует ему боль. В последний визит врач скорой помощи членораздельно и строго сказал:

— С огнем играете. Можете потерять почку.

Я его прооперировал. Во время очередного обхода Иван Степанович говорит:

— Виктор Степанович, разрешите сделать ваш бюст. Не я его буду делать, а мой сын Валентин. Он талантливее меня.

Во время обходов подобных разговоров с больными никогда ранее не было. Чтобы не перечить перенесшему операцию пациенту, я согласился. Так я познакомился со знаменитым скульптором — народным художником Украины академиком Валентином Ивановичем Знобой, также с его еще более знаменитой женой — Татьяной Николаевной Голембиевской, народным художником Украины, профессором Киевского художественного института — красивой, доброжелательной, гостеприимной женщиной, автором хрестоматийных,

ставших классическими картин «Українські куманці» (1960), «Висока нагорода» (1962), «Безсмертя» (1973), «Свято урожаю» (1982).

Они нашли, что моя внешность подходит для бюста и даже начали в моем присутствии обсуждать, какие черты лица чуть подчеркнуть, какие погасить и другие профессиональные детали. Сначала это меня удивило и даже появился какой-то внутренний протест. Но я подумал, что мы, хирурги, в присутствии больных обсуждаем профессионально некоторые детали болезни, что, вероятно, также не всегда приятно больным. Поэтому успокоился и молча наблюдал за их работой. Время от времени по их просьбе принимал ту или иную позу.

Сеансы проходили в мастерской Ивана Степановича на улице Перспективной в вечернее время. Во время сеансов мы подолгу засиживались. Беседы велись вокруг проблем скульптуры, живописи, монументальных произведений и памятников, которые создал Иван Степанович со своим сыном и скульптором В.З.Бородаем. Кстати, монумент во главе с Лениным, стоявший на площади Октябрьской революции (теперь площадь Независимости) — это их работа. Они выиграли конкурс на место и модель монумента. Трудились 12 лет. Очень долго выбирали место. Несколько проектов монумента забраковало политбюро. Нужно было поставить его так, чтобы на монумент не давили близлежащие здания, чтобы он хорошо смотрелся на фоне современных застроек и чтобы он был доминирующим на площади. Наконец, все эти проблемы были решены. Скульпторы начали работу над монументом. Интересная подробность: когда очистили площадку для памятника от деревьев, Ивана Степановича заинтересовала одна большая пятиметровая деревянная колода диаметром 80—90 см. Он несколько раз подходил к ней, смотрел, изучал состояние древесины. За этой работой однажды его застал П.Л.Ботвин, первый секретарь Киевского горкома Компартии Украины.

— Иван Степанович, что это вы уже несколько дней заняты этой колодой?

— Платон Лукич, стою и думаю — горкоммунхоз ее продаст на дрова. А можно ее употребить на скульптуру.

— Так за чем же дело стало?

— Большая очень, как довезу ее до мастерской?

— Это не ваша забота.

Действительно, через пару дней колода была доставлена в мастерскую Ивана Степановича. Из этой колоды впоследствии он сделал скульптуру Т.Г.Шевченко в полный рост. Я ее видел на республиканской выставке в Выставочном зале. Скульптура Т.Г.Шевченко получила хорошие отзывы специалистов и посетителей выставки.

Монумент на площади Независимости простоял недолго. По требованию митингующей толпы в 1991 году его демонтировали.

В мастерской часто бывала Анна Емельяновна — жена Ивана Степановича. Готовила нам чай. Была зима. В мастерской было прохладно. Горячий крепкий чай вечером был как нельзя кстати.

Однажды во время чаепития Иван Степанович рассказал сложную, но прекрасную историю своей жизни. Она произвела на меня глубокое впечатление и я посчитал возможным воспроизвести ее некоторые эпизоды.

Родился И.С.Зноба в Сумской области. Неурожаи и бедность заставили семью переехать на Днепропетровщину, где они занимались различными ремеслами вплоть до шитья сапог. Иван Степанович мечтал купить фотоаппарат, так как считал, что с его помощью можно заработать средства на содержание семьи.

Постепенно он собрал нужные деньги и купил все сразу: фотоаппарат, пластины, химикаты и увеличитель. Стал овладевать фотографией.

Эта работа давалась ему легко. Вскоре он стал известен в округе как фотограф. Появился заработок, и работа интересная. Так он начал заниматься делом, близким к искусству. Фотография заставила его обращать внимание на детали лица человека и всего того, что его окружает.

Он подумал: а почему бы не заняться живописью? И занялся. Купил масляные краски, картон, холст и стал рисовать. Ему казалось, что он все рисует правильно. Ему нравилось. Нравилось и тем, кому он показывал свои работы. Однако все знакомые делали одно и то же замечание: цвета красок не такие, как в жизни.

Односельчанам больше нравилась точная передача гаммы цветов. Иван Степанович решил обратиться за советом к врачу. Врач нашел у него дальтонизм, он не различал красный и зеленый цвета. Поэтому-то во всех его картинах превалировали серые тона.

Диагноз произвел на него ошеломляющее впечатление. Он долго переживал, не брался за кисти и краски. Отраду находил в черно-белых фотографиях.

А потом, решил, что в скульптуре тоже не важно цветовосприятие, и занялся скульптурой. Он начал из глины лепить деревенских мальчиков и девочек. Односельчане признавали — похоже. Это его вдохновляло. Он лепил и лепил. Овладевал мастерством. Его работы заметил один студент и порекомендовал поступить в художественную школу в Днепропетровске.

1 декабря 1934 года произошло событие, которое вскоре изменило его жизнь. Убили С.М.Кирова.

В стране в течение нескольких дней был объявлен траур. Радио не умолкало. Все время говорили о злостных предателях, убийцах, врагах народа и т.д. На Ивана Степановича нервная обстановка в обществе произвела своеобразное впечатление. Под ее воздействием он решил вылепить бюст С.М.Кирова. Живого С.М.Кирова он никогда не видел. Начал покупать газеты с его портретами. В местном кинотеатре по несколько раз в день смотрел кинохронику с участием С.М.Кирова. Поговорил с киномехаником. Тот дал ему несколько слайдов с изображением С.М.Кирова. Теперь осталось самое главное — свое представление портрета воплотить в глине. Сколько времени прошло с начала работы над бюстом С.М.Кирова до его окончания, он не помнит.

В Днепропетровске обкомом Компартии был объявлен художественный конкурс, на который И.С.Зноба представил бюст С.М.Кирова. Специалисты нашли работу заслуживающей внимания. По условиям конкурса победитель был награжден часами, получал путевку на учебу в Киевский художественный институт и стипендию за счет государства на все время учебы.

В то время в его жизни произошли важные события, он женился на Анне Емельяновне. У них родилась дочь. Появилась семья. Дело, которым он занимался, ему казалось не очень надежным. Достаток семьи был скромным.

Семья Ивана Степановича переехала в Киев в весьма тяжелые предвоенные годы. Квартиру сняли в Святошино. От центра города далеко, но квартира в частном секторе была дешевле. Приходилось много времени тратить на дорогу. Путевку на учебу в обкоме партии дали, а с деньгами (стипендией) замешкались. Семья переживала большие трудности. Перед этим появился на свет второй ребенок.

У Ивана Степановича наступил душевный кризис. Теперь бы сказали — хронический стресс. Он забрался в чашу на склонах киевских гор возле Художественного института и горько расплакался. Плакал навзрыд, не стесняясь своих слез и душевной слабости. Плакал долго. Но постепенно начал успокаиваться. Надо же что-то делать. Вернулся в институт. Зашел в класс. Товарищи сказали, что в канцелярии для него имеется казенное письмо. В письме оказалось долгожданное известие, что ему будут ежемесячно выплачивать стипендию. Письмо пришло как нельзя кстати.

Так закончился его один из самых критических периодов жизни. Когда казалось, что нет выхода, нужно бросать институт и зараба-

тывать средства на содержание семьи: двое малолетних детей требуют своего, они не понимают трудностей родителей.

Стипендия помогла закончить художественный институт по классу скульптуры. Со временем к нему пришли известность, слава, признание... Любимыми темами в его творчестве были Т.Г.Шевченко («Кобзарь» Иван Степанович знал наизусть), и Лениниана.

Сын Валентин унаследовал от отца любовь к скульптуре. Скульптурой занимался с раннего детства в мастерской отца и с отцом.

У Валентина Ивановича не было колбаний, куда поступать учиться. По примеру отца он закончил Киевский художественный институт.

Карьера Валентина Ивановича как скульптора началась сразу и стремительно скульптурой в дереве «Бокараш» (сплавщик плотов по горным рекам).

Мужественным, напряженно-сосредоточенным взглядом, легким наклоном головы вперед, уверенной стойкой бокараша на плоту, залитом водой, с развевающимися складками одежды талантливый скульптор передал стремительность движения плота по бурной и своенравной горной реке. Показана смелость бокараша, управляющего несущимся по реке плотом. В его позе просматривается готовность в любой момент к самым решительным и целенаправленным действиям.

На Всемирной выставке в Брюсселе скульптура «Бокараш» была удостоена Золотой медали, наряду с работами выдающихся художников: Е.С.Вучетича «Перекуем мечи на орала», Коненкова «Автопортрет в мраморе», С.В.Герасимова «Мать партизана» и Кукрыниксы (М.В.Куприянов, П.Н.Крылов и Н.А.Соколов) «Конец».

Работа «Бокараш» значится во многих каталогах мира и художественных альбомах. Скульптура около полувека находится в постоянной экспозиции Государственного музея Украинского изобразительного искусства в г.Киеве, постоянно получая одобрительные отзывы посетителей.

В мастерской Валентина Ивановича много монументов и сотни бюстов выдающихся людей современности: писателей, артистов, ученых, конструкторов, военачальников, партизан, иностранных гостей и послов, чернобыльцев, политиков, государственных деятелей, премьеров, президентов и просто друзей.

Наступил мой черед позировать Валентину Ивановичу. Он долго и придиричиво выбирал позу, которая по его замыслу должна наиболее соответствовать образу хирурга. Его жена и мама принимали в этом живейшее участие и давали советы. Он со всеми соглашался. При этом добавлял, да, так действительно будет лучше, но делал по-своему.

Работа над головой движется быстро. Она фактически завершена. Остались грудь и руки. Как руки хирурга объединить в скульптуре в единое целое с выражением лица, наклоном головы? Он работал целый вечер, но работу не закончил. Когда назавтра я пришел к нему, смотрю, то, что было сделано вчера, сегодня убрано.

— Начнем сначала, — так он ответил на мой недоуменный вопрос.

Валентин Иванович подходил к бюсту, отходил, перемещался влево, вправо, что-то поправлял. Но работа не двигалась. Он думал, что-то искал, но это «что-то» не давалось ему. Я видел, что он ищет, и не пытался отвлекать его разговорами, как это мы делали раньше. Время шло, а работа не двигалась.

Наконец он бросил все — пошли пить чай. На улице температура -25°C . В мастерской прохладно и неуютно. Множество скульптур, влажная глина никак не напоминают домашнюю атмосферу. Но в мастерской имеются антресоли. Стараниями Анны Емельяновны там создана уютная обстановка: тепло и чай располагали к беседе.

На мой вопрос, что застопорило работу над бюстом, Валентин Иванович ответил:

— Портретное сходство имеется, но для художника важно создание образа. В данном случае образа хирурга. А это не получается. Когда отец лежал в институте, я присматривался к хирургам-урологам. Присматриваюсь и к вам, но пока уловить в вашем облике то, что нужно для образа, мне не удается.

— Валентин Иванович, вы делаете мой портрет в отрыве от той обстановки, в которой я работаю, где рельефнее проявляются мои качества как хирурга. Может, вам нужно побывать в операционной, посмотреть еще раз на хирургический процесс. Там свои таинства.

— Виктор Степанович, уточните, как готовится хирург к операции.

— На ваш вопрос, Валентин Иванович, односложно ответить нельзя. На этот процесс влияет профессионализм. Я обычно продумываю детали предстоящей операции. Нужно иметь несколько вариантов операции для того, чтобы в конкретных операционных условиях «вынуть» из своей памяти оптимальный вариант для конкретного больного.

В настоящее время в медицине нет методов исследования, которые бы до операции на все 100% разрешали диагностические проблемы. Время от времени профессия преподносит хирургам в операционной сюрпризы. Поэтому хирург, направляясь в операционную, должен быть собранным, готовым к разным вариантам операции и осложнений, и уметь с ними справляться.

— Виктор Степанович, я хотел бы уточнить, о чем думает хирург после операции.

— Валентин Иванович, не всегда бывает так: операция закончена — тревоги позади. Нередко после операции они только начинаются. Операция сделана профессионально, а послеоперационный период протекает тяжело по различным причинам. Гладко прошедшие операции не помнятся. О них может напомнить больной во время контрольных консультаций.

А вот драматические, сверхсложные или редкие операции держат хирурга в большом напряжении и остаются в памяти на всю жизнь.

И еще — сложные или драматические операции заставляют хирурга много думать.

— Все это отражается на лице, — подводит итог Валентин Иванович, — вот это нужно художнику передать в образе.

Сеансы по разным причинам прекратились на несколько дней.

Когда в очередной раз мы встретились с Валентином Ивановичем, бюст оставался таким же. Мы походили вокруг него. Посмотрели. Каждый думал о своем.

— Нужна какая-то концовка. Завершающий аккорд.

Сказанная Валентином Ивановичем фраза «завершающий аккорд» навела меня на мысль, которую я тут же высказал скульптору.

— Валентин Иванович, решите: хотите ли вы показать хирурга до операции или после нее.

— А как показать до операции и после операции?

— Это может быть в кабинете врача, тогда откуда известно, что это хирург? По обстановке в кабинете или по надписи. Перед концом операции хирург в маске. В этом случае не видно лица. Третий вариант — хирург после операции. В этом случае маска снимается или снята.

Валентина Ивановича осенила мысль — да, маска снята с лица, но она останется на тесемках на груди. Он размял кусок глины, превратил ее в соразмерный прямоугольник и небрежно бросил на бюст. Он посмотрел с разных сторон.

— В общем, подходит, — говорит Валентин Иванович, но через несколько минут добавляет: — Кажется, нужно изменить ракурс головы, — и начинает интенсивно работать над этим. Работой он остался доволен. Видно, что хирург после операции.

— А что с руками делать?

Работа была сделана в 1,5 натуре с правой рукой и левым плечом. Левого предплечья и кисти не было.

— Как что? Раз снята маска — далее снимаются перчатки.

— А как это делается? — спрашивает Валентин Иванович.

Резиновых перчаток у нас не было. Поскольку была зима, со мною были обычные кожаные перчатки. Я показал, как снимают перчатки хирурга после операции.

Валентин Иванович загорелся. У меня создалось впечатление, что его осенила творческая идея всего его замысла. Он еще уточнил некоторые детали. Очень грубо наложил продолговатый кусок глины, которая должна будет стать левой кистью и частью предплечья. К той части куска глины, где должны быть пальцы, он прикрепил еще кусок глины, из которого будет сделана снятая перчатка. После этого он немного подумал. «Надел» перчатку на левую кисть и заставил пальцы правой кисти снимать перчатку с левой кисти.

Становлюсь очевидцем того, как у Валентина Ивановича складывается видение образа хирурга. Осталось воплотить его в глине. Валентин Иванович увлеченно работает час, другой, прошла полночь, время движется к утру, на дворе начался медленный, запоздалый февральский рассвет... Валентин Иванович работает без видимой усталости.

Я молчу... Не отвлекаю его внимание своим присутствием. Понимаю, насколько для него важно быть самому с собой и со своим творением.

Работу он прекратил как-то сразу. Потянулся и зевнул. Тут я и увидел, насколько он устал, но лицо довольное. Почти 10 часов непрерывного труда.

— Остались детали. Главное схвачено, — резюмировал ночную работу Валентин Иванович.

Работа Валентина Ивановича «Хирург» получила восторженную оценку критики. Она выставлялась на республиканской выставке в Киеве и в Москве в Выставочном зале в Манеже на выставке «Советский портрет» к 70-летию революции.

Мальчиком Валентин Иванович видел последствия оккупации Украины немцами и героическую борьбу воинов Советской Армии с немецкими захватчиками. Находясь в оккупации, он по заданию советских подпольных организаций развозил на велосипеде прокламации. В детстве он проникся большим уважением к людям в солдатских шинелях. Образ солдата — Освободителя Родины Валентин Иванович несет в своем сердце и душе все послевоенные годы.

Солдату-освободителю Валентин Иванович посвятил много произведений, которые украшают города Херсон, Хмельницкий, Киев, Москву, границу государства.

Чем больше узнаешь Валентина Ивановича как скульптора, тем больше поражает его талант, разносторонность интересов, работоспособность, профессионализм при обсуждении сути будущих скульптурных форм. Он всегда стремится к наиболее ясной художественной законченности своих работ.

В его мастерской обращает внимание большое количество сделанных им скульптурных портретов.

Сколько скульптурных портретов — столько характеров, объединенных «скульптурным почерком» В.И.Знобы.

Валентин Иванович талантливо владеет композицией, не очень четко отработанными деталями лица подчеркивает внутреннее состояние человека, выделяя наиболее характерные для него черты.

Смотришь на работы Валентина Ивановича — исторические, монументальные, портретные — и понимаешь, что Валентин Иванович — не только скульптор, он философ, психолог, житейски мудрый человек и художник. Валентин Иванович четко и правдиво схватывает суть человека и превращает его в образ, который начинает жить своей жизнью...

Хочу особенно отметить, что В.И.Зноба — один из первых среди скульпторов обратил внимание на тему пленных солдат.

Это особая тема, которая неохотно освещалась в Советском Союзе. Это трагедия многих наших соотечественников. Я приведу пример своего давнего товарища, бывшего заключенного Дарницкого концлагеря, ныне здравствующего профессора, гинеколога Якова Порфирьевича Сольского, заслуженного деятеля науки, академика, инвалида Великой Отечественной войны, кавалера боевых и трудовых орденов.

В 1941 году Я.П.Сольский поступил на первый курс Киевского медицинского института. Вскоре институт эвакуировали в Харьков. Студентам дали команду добираться до Харькова кто как может. Он с большой группой студентов, беженцев вместе с отступающими армейскими группами шел на Восток.

На них напали немцы. В бою студент Я.П.Сольский был тяжело ранен и попал в плен в Дарницкий концлагерь. Ему удалось скрыть свое ранение и тем избежать расстрела. Через месяц после пленения заключенных выстроили в колонну. Кто мог идти, тот пошел. Кто не мог — расстреляли на территории Дарницкого концлагеря.

Колонна военнопленных растянулась более чем на километр. Перешла по мосту на правый берег Днепра, далее двинулась по набережной в сторону Подола. Трамваи в городе ходили, в том числе по набережной. Когда мимо Сольского медленно проезжал трамвай,

две женщины — кондуктор и пассажир подхватили его за руки, втянули в трамвай, затолкали под скамейку. К счастью, немецкие охранники не заметили его побег. Товарищи по несчастью не выдали.

Так Я.П.Сольский оказался на свободе. Много ужасов рассказал профессор Я.П.Сольский о пребывании в Дарницком концлагере. Расстреливали ослабевших раненых, вначале только с наступлением темноты. Позже расстрелы производились и днем, на глазах у военнопленных и беженцев.

Видя неизбежный конец, многие красноармейцы и молодые люди, имевшие еще силы, пытались делать подкопы, перелезть через колючее ограждение. Большинство их расстреляны на месте за попытку к бегству.

Заслуга В.И.Знобы состоит и в том, что он как художник и гражданин, свидетель жесточайшей войны, предложил современникам подумать о военнопленных и узниках концлагерей не как об изменниках Родины, а как о жертвах войны, создав монумент на территории Дарницкого концлагеря на документальных основаниях.

Кульминацией композиции Валентин Иванович сделал солдата, который бросается на колючее ограждение. Его тело как распятие повисло на колючей проволоке, сраженное пулей.

Как же можно было называть таких солдат предателями Родины?!

Находясь у подножия обелиска, я видел, как люди разного возраста, женщины и мужчины, глядя на тело убитого солдата, повисшего на колючей проволоке ограждения лагеря, подобно распятию Иисуса Христа на кресте, замолкали, платочками вытирали влажные глаза, каждый думал о своем, может быть, о своих, что похоронены вблизи монумента, а может быть вспоминал свои тяжкие годы войны...

Я задавал себе вопрос: чем виноваты солдаты, защищавшие Киев осенью 1941 года, что они попали в плен к немцам? Тогда попали в плен сотни тысяч людей. Это не предательство солдат, а бездарность тех, кто руководил стратегической обороной страны.

О Букринском плацдарме мы узнали из газет в 1943 году. О боях на Букринском плацдарме мне рассказывал мой товарищ, профессор И.М.Матяшин, который был участником этих боев.

Освобождение Киева происходило с северного Лютежского плацдарма, начав с которого Советская армия разгромила фашистов и освободила столицу Украины Киев 6 ноября 1943 года.

Южный, Букринский, плацдарм сыграл роль ложного, отвлекающего маневра. Но об этом не знали тысячи воинов, принимавших участие в жестоких боях на этом плацдарме.

В.И.Зноба и его коллеги предпочли для создания мемориала Букринский, ложный, плацдарм, со всей его трагедией и последующим замалчиванием в истории войны.

Когда поднимаешься на Букринский мемориал, увековечивший воинов — освободителей Украины, оглядываешь заднепровские дали, смотришь на скульптуру Баяна, начинаешь понимать, как переплелись древняя и современная история нашей Родины.

Композиция на Букринском плацдарме оказывает колоссальное психическое влияние на человека любого возраста. Все фигуры тщательно продуманы скульптором и мастерски воплощены в бронзу и гранит.

В памяти возникают эпизоды прошедшей войны.

В центре композиции на высоком постаменте воин-освободитель с боевым знаменем, пробитым пулями и осколками снарядов. Фигура солдата, композиционно связанная с бронзовыми горельефами, воспринимается как начало наступления. Солдаты еще не победители, впереди много боев. Но, глядя на этих сильных, закаленных в боях людей, зритель понимает, что их победить невозможно. Они станут Победителями.

Женщины и дети, подходя к горельефам, нежными руками гладили бронзовые мужские лица. Плакали. Вытирали слезы. Ветераны Великой Отечественной войны сдерживали себя, но у многих глаза были влажными. Этот эмоциональный заряд мемориала — большая творческая удача авторов.

Гранитные плиты с фамилиями погибших солдат напоминают о поименной памяти каждого солдата. Чистые плиты — знак того, что не все погибшие известны и найдены.

Авторам удалось яркие и трагические страницы нашей истории воплотить в гранит, бронзу, мрамор, в ландшафтный парк над Днепром. К 40-летию Победы в Великой Отечественной войне мемориал в Букрине торжественно открыли украинские руководители — В.В.Щербицкий, В.С.Шевченко и А.П.Ляшко.

Букринский мемориал я со своими сотрудниками посетил позже. Нам повезло. В этот же день В.И.Зноба и Т.Н.Голембиевская со своими коллегами-художниками также оказались на Букринском мемориале. Нашим гидом был сам Валентин Иванович.

План увековечить битву на Букринском плацдарме возник давно — за 14 лет до его официального открытия.

В свое время семья Голембиевских приобрела крестьянский домик в селе Щученка, у подножия Букринской горы.

Инженер-полковник В.В.Белодед привлек внимание Валентина Ивановича к героической битве времен Великой Отечественной войны на Букринском плацдарме. Во время бесед с участниками битвы и жителями окрестных сел, свидетелями боев, у Валентина Ивановича зародилась идея создания мемориала на этом месте — ландшафт как нельзя лучше подходил для этой цели.

В обсуждении первоначально возникшей идеи принимали участие две талантливые семьи — Знобов и Голембиевских.

По мере созревания идеи мемориала Валентин Иванович пригласил своих друзей-москвичей, архитекторов Юрия Павловича Платонова, Сергея Анатольевича Захарова и киевлянина Владимира Алексеевича Корнева для разработки детального проекта. Совместными усилиями скульпторов и архитекторов был создан величественный мемориал — памятник героической эпохи и ее прославленным солдатам — освободителям Украины.

Под конец я хочу остановиться на еще одной стороне деятельности В.И.Знобы — «культурной дипломатии». Его работы украшают многие страны.

Для Института Пастера в Париже Валентин Иванович создал скульптурный портрет Нобелевского лауреата И.И.Мечникова, для Эдинбурга — портрет основателя Эдинбургского университета Джона Напиера, для Италии — скульптуру танцовщика Нуриева, для Франции — портрет героя французского сопротивления украинца Порика. Целая галерея портретов современных аристократов Шотландии достойно размещена в многовековых замках и дворцах.

Академик А.Т.Полянский (экс-президент Союза архитекторов СССР), зная работы Валентина Ивановича, посвященные советским воинам, пригласил его к участию в создании мемориала на Поклонной горе в Москве, который был открыт к 50-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Валентин Иванович создал центральную фигуру мемориала — Солдата Победы.

Очевидцы рассказывают: участники торжественной церемонии открытия зала Славы в Центральном музее Великой Отечественной войны на Поклонной горе в Москве замерли от восторга, глядя на 10-метровую бронзовую фигуру солдата Победы. В правой руке, отведенной в сторону, солдатская каска с вечным огнем и лавровой ветвью — символ памяти о погибших; левая рука поднятая вверх — напоминание человечеству о защите мира.

Главный архитектор мемориала В.М.Будаев с главным художником Зурабом Церетели представили Владимира Ивановича президен-

ту России Борису Николаевичу Ельцину, который выразил свое восхищение и сказал: «Такую величественную скульптуру Воина-освободителя мог создать только Великий Мастер», обнял и расцеловал Валентина Ивановича.

Хочется привести эпизод из истории создания этого монумента. Валентин Иванович был поглощен проектом памятника, в том числе поиском модели для фигуры солдата. Однажды, когда у Валентина Ивановича возникли боли в сердце, Татьяна Николаевна вызвала бригаду скорой помощи. Врач-кардиолог скорой помощи вошел в комнату. Вместо приветствия Валентин Иванович повернулся к жене и тихо сказал: «Таня, смотри, солдат». Мы теперь иногда встречаем в гостях у Валентина Ивановича статного молодого человека С.М.Чеха, фигуру которого Валентин Иванович вознес над Поклонной горой, как символ солдата-победителя.

И еще. На Поклонной горе между собором и музеем есть часовня, посвященная пропавшим без вести, и табличка «От Украины 22.06.1995 г.» Это также творение нашего земляка Владимира Ивановича Знобы.

Третье поколение династии — Николай Валентинович Зноба — долгое время для меня просто Коля. Скульптор в третьем поколении.

Он рос в художественной среде. Отец — выдающийся скульптор. Мать — знаменитая художница. Самый строгий художественный совет — это когда к ним присоединяются Колины дедушки и бабушки. Друзья семьи — скульпторы, художники, артисты, инженеры, ученые, политики. Модели отца (портретируемые лица) — хорошо известные по газетам, кино, книгам, становились частыми гостями мастерской отца.

Он был частым слушателем интересных разговоров на самые различные темы. Николай рос сдержанным мальчиком, больше слушал. Обстановка в семье и окружение делали его не по возрасту серьезным, взрослым и широко информированным.

Рано появилось увлечение рисованием. Особенно он любил рисовать лошадей: бегущих, скачущих, встающих на дыбы — лошади во всех возможных вариантах. Причем часто это было выполнено весьма мастерски и, не скрою, мне очень нравилось. Мальчик рисовал и где попало оставлял свои рисунки. Их подбирал и хранил отец. Особенно отец гордился рисунком «Ворона». Ворона села и через несколько мгновений улетела. Николай этот момент видел 1—2 секунды, а потом по памяти нарисовал эту ворону. Отец обратил внимание на способность сына мгновенно улавливать увиденное и пе-

редавать на бумаге движение. Углем или карандашом. Широкими, жирными штрихами, как отец.

Мальчик рос. Пошел в школу. Хорошо учился. Стал высоким, стройным и красивым юношей. Был немногословен, наблюдателен. Больше отвечал на вопросы, односложно, даже медлительно.

Не знаю, приходила ли ему в голову возможность иной карьеры, настолько его художественная, скульптурная карьера была естественным его развитием.

В университете он преуспевал. Дипломная работа «Джерело» посвящена Трипольской культуре. Скульптор изобразил древнего гончара за работой. Скульптура-фонтан установлена на одной из улиц Киева: из кувшина вытекает вода — источник вечной жизни.

Мне очень нравится его небольшая настольная скульптура в бронзе: два быка чрезвычайной силы упершись лбами в колоссальном напряжении противостоят друг другу.

Николай Валентинович напряженно работает. Как член Союза художников Украины занесен в книгу «Кто есть кто». Выполняет работы в гипсе, мраморе, бронзе... Он участник многих художественных выставок. Одна из хорошо известных работ сделана совместно с отцом и установлена на площади Независимости в Киеве «Козак Мамай»: отец лепил казака Мамай, сын — коня.

Во время учебы в институте, а также с родителями Николай Валентинович имел возможность посетить художественные музеи Италии, Греции, Шотландии, Англии, Франции, России.

Династия старейшего скульптура Украины Ивана Степановича Знобы — Валентин Иванович и Николай Валентинович, а также их берегиня и вдохновляющая муза — Татьяна Николаевна Голембиевская — продолжают творить.

Дай Бог им здоровья и вдохновения.

После политбюро

Нередко мой рабочий день заканчивался в Министерстве здравоохранения Украины. Домой возвращался пешком разными маршрутами. Все они проходили через историческую часть Киева.

На этот раз я шел по Институтской улице. Встречаю Владимира Ивановича Дегтярева. Вместо ответа на мое приветствие он крепко взял меня за плечо и повел с собой. Я увидел возбужденного, взволнованного и сильно расстроенного человека. Я много лет знал его, но в таком состоянии видел впервые. Шли быстро, молча.

Мы зашли в гостиницу ЦК, где он обычно останавливался. В номере (не в люксе — плохой признак) он нервно откупорил бутылку коньяка. Налил два стакана. Начал пить большими глотками. Кивком головы пригласил меня последовать его примеру. Не закусывал. Начал говорить. Рассказ был сумбурным, сбивчивым — сказывалось чрезмерное волнение и нервное перевозбуждение.

Оказалось, что на политбюро ЦК Компартии Украины его освободили от должности первого секретаря Донецкого обкома партии.

Он выпил еще и еще. Алкоголь частично снял стресс. Постепенно начиналась более спокойная оценка случившегося, его неизбежность.

На политбюро ему не дали себя защитить. Выслушали формально, для протокола. Возмутился, что его товарищи, с которыми он проработал много лет, были его основными обвинителями.

В его рассказе серьезные вопросы о состоянии угольной, металлургической, машиностроительной и химической промышленности чередовались с историями семейно-бытовых конфликтов, ссор жен руководящих работников.

Приводил обвинение, предъявленное ему. Дескать, его жена, выбрав для себя на базах какие-то вещи, приказывала остальные экземпляры таких же товаров отправить из области. Обвиняли в недостаточном внимании к развитию социально-бытовой инфраструктуры региона.

Выступавшие против него как сговорились. Никто не выступил в его защиту, не поддержал. Его оправдания пропускали мимо ушей. Уточняющих вопросов не разрешили задавать. Соратники от него отмежевались. Уцелеть бы самим.

Все было решено заранее. Политбюро — юридическая формальность.

Владимир Иванович особенно возмутился Д.М.Гридасовым (председателем облисполкома). Вместе работали много лет. Жили по соседству. Дружили семьями. Тому я свидетель. Теперь дает против него показания.

— А он где был? — задавал вопрос В.И.Дегтярев — Многие вопросы, по которым меня обвиняли, — это его вопросы: вопросы облисполкома, а не обкома партии.

Он продолжал:

— Угольная промышленность работает хуже. А как она может работать хорошо, если Госплан СССР еще в 1960-е годы принял решение о приоритетном развитии в энергетике нефтегазового комплекса. Финансирование базовой, угольной промышленности ежегод-

но снижалось. Дотации не покрывали всех расходов. В Донбассе уголь залегают глубоко, пласты маломощные, крутопадающие. Добывать его сложно, добыча дорогая, не окупает затрат. Отрасль на дотации много лет.

Дегтярев рассказывает:

— Меня обвинили в том, что я противодействовал строительству атомной электростанции в Донбассе. А где ее там построить — на подземных выработках и без воды?

Предвидя кризис в угольной промышленности Донбасса, он ратовал за пересмотр производственной структуры региона. Предлагал развивать предприятия, где бы можно было использовать освобождающиеся трудовые ресурсы. Не раз об этом говорил и тут и там (следовало думать, в Москве). Не поддержали.

— Владимир Иванович, — спрашиваю я, — правда, что многие экономисты Донецкую область считают неперспективным регионом?

— Да, такое мнение доминирует среди ученых и практиков. Ведутся научные разработки, но практические шаги пока не предпринимаются. Нет средств.

— Владимир Иванович, — спрашиваю я, — среди членов политбюро у вас много знакомых, вместе работали в Донбассе. Они вас знают много лет. Не понаслышке, а по работе...

— Э, Виктор, друзья... Правильно говорит пословица: упаси меня, Господь, от друзей, от врагов я сам уберегусь.

Он продолжал:

— Вчера поздно вечером был у И.К.Лутака (второй секретарь ЦК). Состоялся откровенный разговор. Мне казалось, он меня понял. Обещал помочь, дело, по возможности, решить без оргвыводов. А сегодня утром выступил против меня. Что же случилось со вчерашнего вечера? Видимо, после разговора со мною, — продолжал В.И.Дегтярев, — И.К.Лутак был у Первого. А если Первый решил, все другие мнения отменяются.

— Владимир Иванович, — говорю я, — если вы считаете, что с вами в Украине обошлись несправедливо, почему бы вам не обратиться к Генеральному секретарю ЦК КПСС? Он вас знает. Первые секретари Донецкого обкома всегда занимали особое положение.

— К генсеку мне нельзя. В начале целинной эпопеи Л.И.Брежнев избрали первым секретарем ЦК компартии Казахстана. Он приглашал меня вторым, но я отказался. Такие факты не забывают.

Наблюдая за состоянием В.И.Дегтярева после заседания политбюро, я вспомнил своего товарища В.М.Городничева, который после

войны руководил восстановлением шахт Донбасса, а затем был директором крупного строительного института в Киеве. После обсуждения на бюро горкома у него возник острый инфаркт миокарда, и в тот же вечер он скончался.

Владимир Иванович начал понемногу «оттаивать». Сказался алкоголь. Он откупорил еще бутылку коньяка и выпил приличную дозу. Ему нужно хорошо выпить. Снять стресс. Я поддерживал компанию. В разговоре у него увеличилось паузы. Он, как мне казалось, начал дремать. Стал спокойнее. Я хотел помочь ему раздеться. Он отказался, лег на кровать, начал дремать.

Выйдя из номера, я попросил администратора гостиницы навещать к В.И.Дегтяреву — ему сейчас нужно внимание. В гостинице уже все знали. Остальные дончане тоже пришли в гостиницу и «приходят» в себя. Им досталось тоже.

Вскоре В.И.Дегтяреву предложили работу в Киеве. Он стал председателем комитета по безопасности горных работ. Может быть, название комитета я передаю неточно, но, как он мне объяснил, его комитет занимается контролем безопасности горных работ на шахтах. И добавил:

— Раньше открывал шахты, теперь буду закрывать. Если строго придерживаться правил техники безопасности, то половину шахт Донбасса нужно закрыть. Раз люди работают в лавах, значит, травмы неизбежны. Выбросы и взрывы метана в угольных шахтах непредсказуемы. Их не всегда можно предвидеть и предупредить.

Владимир Иванович рассказывал:

— В угольных шахтах Рура выемка угля полностью механизирована. Терриконов нет — вся порода остается в шахтах. К таким методам работы в шахтах нужно стремиться.

Маргарита Владимировна, жена В.И.Дегтярева, живя в Киеве, иногда была нашей гостьей. У Маргариты Владимировны обнаружили рак прямой кишки. Основные симптомы болезни проявились во время неудач мужа. Она больше думала о нем, чем о себе. Профессор И.М.Матяшин ее оперировал. Радикально операцию выполнить не удалось — болезнь оказалась запущенной. В больнице Феофании, где я ее навещал, она умирала долго, тяжело и мучительно. В прошлом красивая женщина изменилась до неузнаваемости. Владимир Иванович все свободное время был возле жены. Ухаживал за ней. Я восхищался его преданностью. Маргарита Владимировна похоронена на Байковом кладбище. На ее могиле стоит прекрасное надгробие из белого мрамора — она в расцвете своей красоты.

Владимир Иванович не надолго пережил жену. Он жил одиноко. Питался в столовой гостиницы ЦК. Первыми заметили неблагополучие работники буфета: Владимир Иванович перестал посещать столовую. Взломали дверь квартиры. Он лежал на полу в коридоре парализованный.

Владимир Иванович в Донецке оставил по себе хорошую память. Старожилы четверть века спустя говорили: а при Дегтяреве было... и далее следовал рассказ, как ухаживали за городом. Поливали улицы летом в жару. Сажали на улицах и в парках деревья. Ежегодно высаживали на клумбах миллион роз. В городе было убрано несколько терриконов, отравлявших сернистым газом атмосферу города. Часть старых терриконов засадили кустарником и деревьями. Специалисты проявили героизм при выращивании зеленых насаждений на мертвой породе терриконов. Застраивались жилыми домами и благоустраивались целые районы города. Привели в порядок набережные ставков. Построили дворец молодежи, универмаги, гостиницы, посадили ботанический сад и многое другое.

Был ли Владимир Иванович своенравным и жестоким человеком? В отношении нас и знакомых мне врачей — однозначно нет. Но должность его была, как теперь принято говорить, партийно-административная. Он возглавлял крупнейшую областную партийную организацию бывшего Союза. Работа требовала от него решительного, своевременного и точного выполнения заданий партии. В то же время промышленный регион, который он возглавлял, едва держался на незначительном, плановом дотационном пайке. В такой ситуации он вынужден был поступать не только как человек, горный инженер, но и как партийный руководитель — бескомпромиссно и жестко. Так же поступили и с ним. Таков был стиль партийно-административной работы.

Встреча с лидерами

В один из майских дней 1985 года у меня в кабинете раздался телефонный звонок из Шевченковского райкома Компартии Украины. Срочно прибыть. Райком напротив института. Прихожу. В здании райкома полно людей — актив Шевченковского района г. Киева. Многие при орденах. Начальство без орденов. Что за сбор? — спрашиваю у знакомого. Тот пожимает плечами — не знаю. Спрашиваю у другого — тоже не знает. Что за сверхсекретность? Непонятно. Секретарей райкома среди партактива не вижу. Заворотделом райкома партии объявляет:

— Товарищи, сейчас все мы организованно поедем в горком партии. Прошу всех садиться в автобусы. Персональные машины отправить по месту работы, а личные — оставить возле райкома.

Что за тайна? Странно.

Приехали на Михайловскую площадь к зданию Киевского горкома Компартии Украины. Полно автобусов, со всех районов города. В них заняты все места. Многие пассажиры при орденах. Ни районного, ни городского партийного начальства на площади не видно. Раз многие при орденах, значит, была какая-то команда.

Нас просили автобусы не покидать.

Сидим. Ждем.

В автобус буквально врывается одна «горкомовская дама», из инструкторов.

— Сейчас мы поедем...

У всех вырвалось:

— Куда?

— Ах, вы не знаете куда?!

Она выскочила из автобуса. Побежала в здание горкома.

Что за чертовщина!

Из других автобусов к нам начали подходить люди. Мы, в свою очередь, ходили к другим автобусам — никто ничего не знает. Остается ждать.

Наконец, к нам в автобус заходит инструктор горкома партии.

— Товарищи, мы все сейчас поедем на встречу с Генеральным секретарем ЦК КПСС М.С.Горбачевым. Встреча состоится на площади Славы. Если Михаил Сергеевич спросит, что вы здесь делаете в рабочее время, скажите: после Дня Победы встречаемся с фронтовыми друзьями. Ну, это если спросит.

Автобусы взяли курс на площадь Славы. Распорядители расставили приехавших людей по местам. Пассажиров нашего автобуса разместили слева при входе к Вечному огню, возле могилы генерал-полковника Кирпоноса. Там имеется бронзовое литье; вот на этой «бронзе» оказалось наше место. Другие группы разместились по периметру памятника Славы. Время идет, приближается к концу рабочего дня. Объяснять генсеку, почему гуляем в рабочее время, не придется.

Вдруг все засуетились, освободили дорожку, ведущую к памятнику. Я оглянулся назад, вижу, идет охранник М.С.Горбачева с переговорным устройством и наушником. Ближе ко мне второй телохранитель тоже с переговорным устройством. Вскоре появился М.С.Горбачев в сопровождении первого секретаря Компартии Укра-

ины В.В.Щербицкого, председателя Совета Министров Украины А.П.Ляшко и еще каких-то лиц, видимо, москвичей, которые были мне незнакомы. М.С.Горбачев и все сопровождающие лица сразу подошли к нашей группе, она была ближняя. На приветствие ответили дружным «Здравствуйте», ближестоящие добавили «Михаил Сергеевич».

Традиционный вопрос:

— Как живете, товарищи?

— Хорошо.

— Это правильно — разве в Киеве, таком цветущем городе, городе-курорте, можно плохо жить?

Действительно, стояла середина мая. Город был во всей красе.

Далее последовал монолог о проблемах, нуждах и задачах партии и правительства. Говорил он гладко, не сбиваясь. Никто его и не перебивал. Иногда М.С.Горбачев обращался к В.В.Щербицкому. Тот в знак согласия кивал головой, иногда — к А.П.Ляшко. Простившись с нами, М.С.Горбачев и сопровождавшие его подошли к следующей группе киевлян. Там оказались одни женщины. С ними у него не получился монолог — женщины навязали генсеку диалог.

Тогда в Киеве были трудности с одеждой, обувью, постельным бельем, мебелью, продуктами. Город строится, население получает квартиры, а мебели нет. По материалам газет планы выполняются и перевыполняются. На прилавках ничего нет. Очереди. М.С.Горбачеву ничего не оставалось делать, как «слушать народ». В какой-то момент он все же вклинился в разговор.

— Да, действительно, с обувью у нас плохо. Итальянцы предлагают свою, но она будет дороже. Согласны вы на более дорогую обувь?

Над площадью Славы прозвучало громкое женское: «Согласны!» С чем согласны женщины? Разговор лидера с женщинами происходил далеко. Об этом мы узнали потом.

Один ветеран, наверное, Гражданской войны, из нашего района сострил: Хрущев же спрашивал согласия сормовских рабочих на замораживание облигаций. Почему же нынешнему генсеку нельзя посоветоваться и спросить у женщин-киевлянок, как ему что-то заморозить.

Сразу же после разговора с женщинами М.С.Горбачев и сопровождающие его лица отбыли в сторону Печерской лавры. Постепенно партийно-хозяйственный актив сошел со своих бронзовых мест и заполнил круглую площадку вокруг памятника. Не помню, возлагал М.С.Горбачев цветы к памятнику на могиле Неизвестного солдата или нет. Наверное, возлагал.

В толпе появились секретари райкомов, горкома, кроме первого секретаря и мэра города, которые, наверное, отбыли вместе с гостями. Конечно, у каждого были вопросы. К чему эта потемкинская деревня на святом месте? Но партийно-хозяйственный актив знал, когда можно спрашивать, когда нужно молчать, когда нужно соглашаться. Постепенно все молча разошлись. Не обсуждая встречи с лидерами, пошли к автобусам и по домам.

По аллеям днепровских склонов, по Владимирской горке, мимо Софии и Золотых ворот шел домой. По дороге вспомнилась встреча в Донецке с Н.С.Хрущевым на стадионе «Шахтер». Рабочих, шахтеров и металлургов привезли на встречу прямо из шахт и заводов, в рабочей одежде. Была давка. Мой новый чесучовый пиджак так запачкали и измяли, что носить его мне уже не пришлось. Зато видел Н.С.Хрущева вблизи. Заметил крупную бородавку на его лице. А говорил он народу о том, как началась война между Израилем и Египтом в 1967 году, и каковы задачи нашего государства. Как всегда, затронул проблему кукурузы. Донецкие климатические условия, по мнению Н.С.Хрущева, благоприятствуют ее росту, поэтому в Донбассе она должна занять большие посевные площади, чем сейчас. Начал критиковать городские власти за шикарную литую чугунную решетку вокруг горсада — это растраниживание металла.

Из толпы рабочих Донецкого металлургического завода кто-то громко крикнул:

— Почему нам, металлургам, уменьшили заработную плату?

Н.С.Хрущев быстро отреагировал на голос и повернулся в ту сторону:

— Кто там смелый, выходи сюда!

Конечно же, спрашивающий не вышел. В окружении Н.С.Хрущева зашептались, глядя в сторону металлургов. Инцидент на стадионе потом заинтересованно обсуждался в городе. Мой товарищ, Степан Иванович Суворцев, начальник прокатного цеха Донецкого металлургического завода, бывший на этом митинге, пояснил мне, в чем была суть вопроса рабочего.

Денежное вознаграждение металлургов состояло из заработной платы, плюс премия, плюс прогрессивка. Иногда премия и прогрессивка были больше самой зарплаты. Чтобы предприятие было рентабельным, государственные чиновники уменьшали заработную плату. Чтобы рабочие не разбежались, руководители предприятий увеличивали премии и прогрессивки. Госчиновники раскусили уловку заводчан. Они незначительно подняли зарплату металлургов, но заметно урезали размер прогрессивки и премий. Рабочие от этого

сильно пострадали, были недовольные и вслух это высказывали. Люди возмущались за критику чугунной решетки вокруг горсада. Сделали красивую ажурную решетку. Так видите ли, она ему не понравилась. Усмотрел в этом растранивание металла. В городе металлургов, да чтобы не было чугунных украшений на улицах и в парках?

Нас, преподавателей и студентов всех вузов, сняли с занятий, направили на встречу с лидером государства, но она не произвела хорошего впечатления на студентов.

В ноябре 1982 года я ехал из Минска, где был на 60-летнем юбилее профессора Н.Е.Савченко. В поезде по радио я услышал: умер Л.И.Брежнев. Невольно вспомнились встречи с ним. Каждый раз я его видел издали — один раз на активе в Донецком оперном театре и один раз в Киеве. Ближе всего видел его на открытии мемориала Великой Отечественной войны в Киеве.

О приезде Л.И.Брежнева в Киев нас уведомили сотрудники райкома в тот же день. Возле райкома партии нас усадили в автобусы и повезли на Печерск. Каждый район города на площади перед мемориалом имел свое место. День был весенний, солнечный, но ветренный. На склонах Днепра нас хорошо продувало.

В ожидании начала митинга директор завода им. Артема Алексей Иванович Кочетков начал рассказывать, как на заводе мастера делали меч, который держит в правой руке женская фигура монумента. Меч имеет длину 11 метров, ширина около метра. Сначала из металла варили каркас, затем обшивали его листами нержавеющей стали. Работа оказалась очень кропотливой. Никак не удавалось сварить меч совершенно прямым. Он изгибался то в одну, то в другую сторону. В конечном счете, нашлись умельцы и заказ выполнили хорошо и в срок. Вторая задача оказалась не менее сложной. Площадь меча 10,5 квадратных метров. Меч имеет значительную ветровую нагрузку. Стало быть, его нужно очень точно и прочно укрепить к руке женской фигуры. Это тоже получилось не сразу, но получилось. Третье условие — вертикальная линия меча и щита должны быть параллельными, это вызвало сложности при монтаже на высоте.

После рассказа директора завода на монумент мы смотрели не только как на скульптурное, но и как на сложное инженерное сооружение, выполненное под наблюдением скульптора В.З.Борода и большой группы инженеров и рабочих.

На площади послышался шум. Люди засуетились. Все чаще стали поглядывать на трибуну. Наше место оказалось в центре напротив трибуны. Киев Л.И.Брежнева встретил с большим почетом. Он это любил. От вокзала до мемориала была выстроена живая стена ки-

евлян с флажками Украины и СССР. Приехавшие гости поднялись на трибуну. Собравшиеся на площади киевляне аплодисментами приветствовали гостей из Москвы и киевских руководителей... Начались выступления, посвященные героизму участников Великой Отечественной войны и строителям мемориала, увековечившим подвиг советских солдат.

Время от времени из репродукторов прорывались слова об очках. Мы начали прислушиваться и присматриваться, что бы это могло значить. Вскоре стало все ясно: Л.И.Брежнев стоял возле левого микрофона. Рядом с ним стоял, видимо, его адъютант, тоже не очень молодой генерал. Между ними шел хоть и тихий разговор, но по микрофону он стал достоянием собравшихся на площади.

— Где очки?

— Вот очки.

— Возьми очки.

— Дай очки.

— Запасные очки есть?

— Есть.

— Подержи очки.

Леониду Ильичу предоставили слово. Он надел очки, развернул листы бумаги. Начал читать свой доклад. В момент присасывания зубных протезов периодически звучало причмокивание, которое транслировалось по радио на всю площадь. Мы все к нему привыкли и узнавали голос Л.И.Брежнева.

После выступлений был артиллерийский салют. Зажгли факел. В солнечный день пламя выглядело блекло. Поэтому в огонь добавили какие-то вещества — пламя стало красно-фиолетовым и хорошо видимым. Осмотр мемориала, военной техники времен Великой Отечественной войны вызвал воспоминания о военных буднях. С высоты мемориала хорошо были видны Днепр и Заднепровье.

Среди киевлян я потом часто слышал: зачем сделали на мемориале скульптуру женщины из дорогой нержавеющей стали. Излишество это.

По моему мнению, излишества тут нет. Это память о тех, кто воювал за Родину, кто отдал свою жизнь за нее. Это наша история. Мемориал — напоминание потомкам о героизме и перенесенных трудностях нашего поколения.

Мемориал в Киеве — первый величественный памятник героям Великой Отечественной войны в Советском Союзе.

Мемориал на Поклонной горе в Москве был сооружен намного позже, к 50-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Была еще одна необычная встреча с членами политбюро.

Мне позвонил Константин Сергеевич Терновой, начальник 4-го Главного управления МЗ Украины, и предложил на следующий день выехать в Черкассы, оперировать жену И.К.Лутака — первого секретаря Черкасского обкома Компартии Украины Матильду Ивановну. Вслед за освобождением В.И.Дегтярева от должности первого секретаря обкома Компартии Украины И.К.Лутака освободили от должности второго секретаря ЦК Компартии Украины. Он попросил членов политбюро вернуть его на прежнее место — в Черкассы.

В тот день была назначена гражданская панихида по случаю смерти академика Виктора Михайловича Глушкова в большом конференц-зале академии наук по Владимирской улице. Панихида началась в 10 часов утра. Я решил отдать дань уважения светлой памяти выдающегося ученого Украины, а затем уже ехать в Черкассы. Постояв в почетном карауле у гроба Виктора Михайловича, я направился к выходу из конференц-зала.

На выходе встретился лицом к лицу с В.В.Щербицким, который поднимался в вестибюль первого этажа. Я остановился на месте. Я с ним не был знаком. Он прошел мимо меня. Вторым шел председатель Совета Министров Украины А.П.Ляшко. Мы с ним хорошо знакомы. Он протянул мне руку. Мы поздоровались и, помнится, даже перебросились двумя-тремя словами. Следующим шел председатель Верховного Совета Украины Ващенко. Мы с ним не были знакомы, но он видел, что А.П.Ляшко со мною поздоровался за руку, и тоже протянул мне руку для рукопожатия. Третьим шел секретарь ЦК Компартии Украины А.А.Титаренко, с которым я был очень хорошо знаком, с ним мы тоже тепло поздоровались. Видя это, все остальные члены политбюро со мною поздоровались за руку, заключал процессию глава украинских профсоюзов В.А.Сологуб, с которым я был знаком, и рукопожатие было вполне естественным. Я был ошарашен этим приветствием политбюро. Вышел на улицу, сел в машину и в середине дня был в Черкассах. Операция Матильды Ивановны оказалась не очень сложной. В тот же день поздно вечером я вернулся в Киев.

В Черкассах до операции я встречался с И.К.Лутаком, говорили о предстоящей операции. Он на меня не произвел никакого впечатления. Был мрачный и неприветливый. О результатах операции жены ему доложил главный врач больницы по телефону. Ни тебе спасибо, ни до свиданья.

И еще встреча. На этот раз — с вице-президентом США Р.Никсоном. В 1959 году в Москве на открытии американской выставки в

Сокольниках присутствовал вице-президент США Р.Никсон. Собственно, на выставку попасть нам с товарищем не удалось, у нас не было пригласительных билетов. Церемонию открытия выставки слушали по радио вместе с огромной массой москвичей в Сокольниках. Через какое-то время милиция стала освобождать от людей проезжую часть улицы. От выставки по ней двигался кортеж легковых автомобилей иностранного производства. Толпа прорвала милицкий кордон. Машины оказались в плотном кольце людей и остановились. Внезапно открывается задняя дверь автомобиля, возле которого стою я. Глазам не верю: Р.Никсон! Он выскочил из машины и по дверце легко забрался на крышу автомобиля. Молча, но с интересом он наблюдал за приветствующей его толпой. Это длилось не более одной минуты. К автомобилю Р.Никсона бросился усиленный наряд милиции. Нас отгеснили, Р.Никсон занял место в машине. Кортеж автомобилей двинулся дальше без всяких происшествий.

Так неожиданно-негаданно мне удалось увидеть вице-президента, а в будущем президента США всего в одном метре от себя. В 1983 году в США я видел гостиницу Уотергейт, откуда началось дело против президента, вошедшее в историю как «уотергейтский скандал» и закончившееся импичментом Ричарду Никсону.

Первую американскую выставку в Москве мы посетили через несколько дней, всей семьей. Я был на курсах в Институте сердечно-сосудистой хирургии, а Маргарита и Алеша приехали в Москву провести отпуск.

На выставке было много рекламных щитов, различных машин, приборов, схем. Было много инструментов, малой механизации для бытовых нужд, фермеров, мелких мастерских, как теперь бы сказали — для организации средних предприятий и малого бизнеса. Для нас это было не очень понятно, так как мы были настроены на крупную индустриализацию, преобразование природы и поворота северных рек вспять.

На выставке американцы бесплатно угощали посетителей напитком пепси-кола. За напитком выстраивались длинные очереди. Многим напиток не понравился. Люди дружно стояли за ним в очереди, а попробовав, также дружно выплескивали его из бумажных стаканчиков. Устроители на все это смотрели спокойно.

Американцы оставляли хорошее впечатление — свободно и охотно вступали в разговоры, были улыбки и доброжелательны. Охотно предлагали рекламные проспекты.

Тогда, во время «холодной войны», некоторые советские граждане полагали, что дело идет к потеплению в советско-американских

отношениях. Дипломаты договорились о встрече на высшем уровне в Париже... Но события пошли другим путем. 1 мая 1960 года отечественные ракетчики сбили над Уралом американский самолет-разведчик У-2, который вел пилот Гарри Пауэрс. Летчик катапультировался, был подобран в тайге. Его судили. Суд вынес приговор: 10 лет лишения свободы. Через 20 месяцев пилота обменяли на советского разведчика в США Рудольфа Абея. Обмен произведен на мосту Глиникер-Брюкке между ГДР и Западным Берлином.

Железный занавес между Западом и Востоком стал еще более непроницаемым на многие годы.

Аудиенция Его Преосвященства Папы Римского Джованни XXIII

Совершенно неожиданно ректорат Донецкого медицинского института известил меня, что я включен в делегацию хирургов от Советского Союза на XVIII Международный конгресс хирургов, который состоится в Риме 15—18 мая 1960 года.

Я оформил и сдал документы. Ранее никогда не выезжал за рубеж. В Большой Советской энциклопедии прочитал статьи о Риме, Флоренции, Венеции.

13 мая меня вызвали в Министерство здравоохранения СССР, где формировалась делегация хирургов для поездки в Рим. Помимо меня, от Украины в делегацию были включены Мария Ивановна Пашенко (главный хирург города Киева) и Дмитрий Иванович Якимюк (ассистент Днепропетровского мединститута). Руководителем делегации был профессор Георгий Андреевич Орлов из Архангельска. Делегация состояла из 17 хирургов России, Грузии, Армении, Украины и Латвии.

В столице нас известили об изменении авиамаршрута, вместо Москва—Париж—Рим, в столицу Италии летим через Брюссель. Из-за несовпадения во времени авиарейсов в Брюсселе нам пришлось ожидать вылета самолета в Рим 12 часов. Наш гид, Антонина Порфирьевна Муратова, чтобы не терять времени зря, предложила изучать итальянский язык. Она продиктовала нам несколько наиболее употребительных слов и предложений, которые встречаются в быту и около сотни вопросов и ответов. Изучение их позволило нам с первых же дней пребывания в Италии как-то общаться с местными жителями. Во всяком случае итальянцы нас понимали и мы их понимали.

В Брюсселе мы узнали о причине изменения нашего авиамаршрута.

15 мая 1960 года в Париже должна была состояться встреча глав государств на высшем уровне — Никиты Сергеевича Хрущева с президентом США Д.Эйзенхауэром, президентом Франции де Голлем и премьер-министром Англии.

По этой причине авиарейсы 14 мая из Москвы на Париж отменили.

Из печати мы знали, что за несколько дней до встречи глав правительств четырех держав на высшем уровне советские ракетчики сбили над Уралом американский самолет-разведчик У-2 с пилотом Пауэрсом.

В Париже Никита Сергеевич Хрущев, прежде чем сесть за стол переговоров, потребовал от президента США Д.Эйзенхауэра извинения за нарушение границы СССР. И встреча глав правительств не состоялась.

Советский посол в Италии Семен Павлович Козырев узнал об участии нашей делегации в работе конгресса хирургов в день нашего прилета в Рим. В фойе конгресса мы встретили президента Академии медицинских наук СССР, академика Александра Николаевича Бакулева с супругой, который был личным гостем профессора Вальдони — президента конгресса.

От советского посла в Риме С.П.Козырева мы узнали, что в СССР запустили на орбиту 4-тонный спутник в пику Западу. Вы нам самолет-разведчик, а мы вам — 4-тонный спутник. Знай наших. На Никиту Сергеевича это было похоже.

Все римские газеты подробно писали о срыве переговоров четверки на высшем уровне, о сбитом американском самолете-разведчике над Уралом и запуске русскими тяжелого спутника.

В день приезда в Рим делегатам конгресса сообщили, что на следующий день в 8 часов утра для участников конгресса Его Преосвященство Папа Римский Джованни XXIII назначил аудиенцию. Нас предупредили, как должны быть одеты мужчины и женщины.

В Ватикане на площади перед собором Святого Петра собрались делегаты и гости конгресса. Нас проводили в большой зал, предварительно предложили сдать фотоаппараты. В центре зала был проход, ведущий к папскому трону. Мы с хирургом Анатолием Никитиным из Риги оказались в 9—10 метрах от престола понтифика.

Ровно в 8 часов 30 минут открылась задняя дверь, через которую в зал вошел папский кортеж, состоящий из 6 носильщиков и эскорта швейцарских стрелков в средневековых костюмах с алебардами. На

носилках было кресло, в котором сидел Папа Римский Джованни XXIII в одежде малинового цвета.

Кортеж медленно двигался по залу. Делегаты и гости конгресса приветствовали Папу бурными аплодисментами, многие преклоняли колени, целовали одежду и проявляли другие знаки внимания. Папа осенял делегатов крестным знаменем. У престола носилки опустили. Папа Джованни XXIII легко поднялся с кресла и занял свое место на престоле.

Президент конгресса профессор Вальдони подошел к престолу, опустился на одно колено и обратился к Его Преосвященству Папе Джованни XXIII:

— Ваше Преосвященство! Хирурги всего мира пришли просить Вашего благословения.

Папа в очередной раз осенил делегатов в зале крестным знаменем, приблизил к себе микрофоны и произнес 10-минутную речь. В обращении к делегатам и гостям конгресса хирургов Папа сказал, что хирурги исцеляют физические страдания людей. Это дело угодно Богу. Религия исцеляет людей духовно, снимает психические и моральные страдания и угрызения совести. Акты исповеди и покаяния облегчают душу верующих. Это исцеляет душу людей, делает их терпимее и благоразумнее. Поэтому медики и религия должны совместными усилиями исцелять человечество, предотвращать международные конфликты и вражду, выступать против применения оружия массового поражения и поддерживать мир на Земле.

Тогда я ничего не знал о личности Его Преосвященства Папы Джованни XXIII. Спустя несколько лет, в связи с его кончиной, газета «Правда» опубликовала большой некролог, положительно оценив его роль как главы католической церкви в борьбе против оружия массового поражения.

Папа активно выступал за запрещение атомного оружия. Призывал к его уничтожению. Призывал к миру на планете. Постоянно напоминал, что атомная война — дело, не угодное Богу. Она уничтожает то, что создала на Земле Божественная сила. Папа Джованни XXIII уроженец Италии, самого бедного южного региона страны. Родился в многодетной крестьянской семье. Величия достиг личным повседневным и напряженным трудом, став доктором богословия, полиглотом и выдающимся церковным и общественным деятелем.

Перед избранием его главой католической церкви в Риме он был кардиналом католической церкви в США.

В Ватикане мы осмотрели собор святого Петра, богатейшую библиотеку, Сикстинскую капеллу. Высота ее 15 метров. Ее свод оформ-

лял в течение двух лет Микеланджело Буонаротти. При входе в Сикстинскую капеллу мы обратили внимание на груду булыжников и печь.

Нам рассказали такую историю. После смерти Папы в Ватикане собирают всех кардиналов католической церкви для избрания очередного Папы. Их замуровывают в Сикстинской капелле, для чего несколько столетий в углу лежит булыжник. Этим древним обычаем церковная общественность стремилась избежать внешнего влияния на кардиналов во время выборов главы католической церкви. Папа избирается пожизненно.

После голосования кардиналы разжигают в печи огонь. Черный дым над Ватиканом гласит: выборы состоялись, но Папа не избран. По всей Италии траур. Голосование повторяется.

Появление белого дыма из той же трубы над Ватиканом извещает верующих, что на католический престол избран новый Папа. В Италии и во всем католическом мире начинаются торжества в честь нового Папы Римского.

После окончания конгресса профессор Вальдони пригласил советскую делегацию хирургов к себе в клинику, где мы видели несколько операций. Во второй половине дня он пригласил нашу делегацию вместе с академиком А.Н.Бакулевым и его супругой в ресторан, расположенный на территории катакомб, в которых первые христиане спасались от преследования властей и молились Богу. Теперь это священное место.

На банкете профессор Вальдони сказал, что он был в России и узнал, какой вклад внесла Советская страна в развитие науки. В 1955 году его избрали почетным членом Всесоюзного общества хирургов, чем он очень гордится, и поэтому сегодня он вместе с нами. В России ему было оказано истинно русское гостеприимство, которое он никогда не забудет. Он сказал, что конгресс нельзя назвать международным без участия советской делегации, представляющей страну, которая занимает 1/6 часть суши земного шара.

Интересная деталь. Переводчицей у академика А.Н.Бакулева была сеньора Боргези, в девичестве графиня Алсуфьева, вывезенная в раннем детстве из России, о чем она рассказала при первом знакомстве. Она была очень приветливой и элегантной женщиной, и своим участием создала приятную атмосферу взаимопонимания советских и итальянских хирургов.

За три недели пребывания в Италии туристическая фирма «Гранди Вьяджи» предоставила нам возможность познакомиться с Вечным Городом, а также посетить Флоренцию, Венецию, Милан, осмотреть многочисленные музеи и достопримечательности этих городов.

ИЗБРАНИЕ АКАДЕМИКОМ

Канул в Лету Советский Союз. Престали существовать отраслевые союзные академии, в том числе АМН СССР. Украинских академиков и членов-корреспондентов медиков из АМН СССР кооптировали в отделение медицины, созданное незадолго до этого в Национальной академии наук Украины.

До этого в Академии наук УССР не было отделения медицины, было отделение биологических и физиологических наук, куда входил ряд авторитетных институтов теоретического профиля. Членами этого отделения был также ряд выдающихся украинских клиницистов. Однако в отличие от Академии медицинских наук СССР, АН УССР на развитие медицинской науки никак не влияла, хотя отдельные «смежные» с медициной темы всегда в ней охотно поддерживались.

В 70—80-е годы я был полностью поглощен своей профессиональной деятельностью, уделял большое внимание общественной работе. Для меня вопрос членства в АН УССР не был сколько-нибудь привлекательным, и ассоциировался только с дополнительными заседаниями без особой профессиональной пользы. При этом у меня было много знакомых академиков, которым я как врач был нужен, многих оперировал. Поэтому я даже помогал в избрании некоторым нашим ныне высокопоставленным академикам.

Стать членом АМН СССР я был более заинтересован. Моя должность, интенсивное развитие урологии в стране, прочное положение в числе ведущих урологов СССР, не оставляли у меня сомнений в том, что в определенный момент я естественным образом стану членом АМН СССР. Однако форсировать этот процесс у меня не было желания.

В начале 90-х мне позвонил один из руководителей отделения медицины и сказал, что объявлен конкурс в Национальную академию

наук Украины по специальности «хирургия, урология» в котором я мог бы принять участие. Я выразил сомнение в целесообразности, но идею обсудил с коллегами и дома.

Я понимал, что при нынешнем раскладе членство в Национальной академии наук Украины мне не светит. Но близкие мне профессора-коллеги, хорошо знавшие меня как ученого, говорили, что оснований для избрания в академию у меня более чем достаточно — создана научная школа, авторитетный институт, урологическая служба в стране, разработаны многие новые операции, открыта новая болезнь и т.д., поэтому стоит подать на конкурс. Другое дело, что не следует расстраиваться, если не выберут, и не воспринимать это как оценку профессионального статуса. Сейчас идет другая игра, будь готов к негативному результату. Однако документы собери и подай, пусть почитают, пусть документы останутся в архиве академии.

Я воспользовался советом коллег.

Ученый совет Киевского НИИ урологии и нефрологии 21 января 1991 года единогласно выдвинул меня для избрания в члены-корреспонденты Национальной академии наук Украины по специальности «хирургия, урология».

Мое выдвижение в члены-корреспонденты поддержали ведущие урологи страны: академики Н.А.Лопаткин, Н.Е.Савченко, профессора А.Ф.Даренков, А.Г.Пугачев, В.Н.Степанов, А.Л.Шабад, О.Л.Тиктинский. Научный отзыв о моей научной работе они закончили словами, что профессор В.С.Карпенко «внес выдающийся личный вклад в развитие современной урологии, подготовил плеяду научных специалистов высшей квалификации, обеспечил становление Киевского НИИ урологии и нефрологии как ведущего урологического центра страны, определил его основные научные направления, способствовал развитию специализированной урологической помощи в Украине и обеспечению ее кадрами высшей квалификации. Это позволяет нам рекомендовать Национальной академии наук Украины избрать профессора В.С.Карпенко членом-корреспондентом по специальности “урология”».

Киевское городское и областное Научное общество урологов 21 января 1991 г. постановило: «поддержать решение ученого совета Киевского НИИ урологии и нефрологии от 21 января 1991 года о выдвижении в члены-корреспонденты НАН Украины заслуженного деятеля науки УССР, лауреата Государственной премии УССР, доктора медицинских наук, профессора Виктора Степановича Карпенко».

Документы в Президиум Национальной академии наук Украины я подал. Сведущие люди рекомендовали мне обойти всех академиков, которые должны были за меня голосовать, и поговорить с ними. По этическим соображениям для меня это было неприемлемо.

Как и следовало ожидать, время было упущено, и в члены-корреспонденты Национальной академии наук Украины я не прошел — мне тогда было 67 лет.

В первые годы самостоятельности Украины были созданы дополнительно 5 профильных академий: медицинских наук, аграрных наук, юридических наук, педагогических наук, архитектурных и искусства.

Кроме того, молодые, инициативные ученые начали создавать академии наук, по примеру западных академий, которые не имели финансирования из государственного бюджета, но занимались полезной научной деятельностью.

В их числе была создана Академия наук Украины (президент — академик Алексей Федорович Онипко, доктор технических наук, профессор). Меня пригласили участвовать в работе этой академии и избрали академиком по отделению медико-биологических, химических и аграрных наук (председатель — Михаил Дмитриевич Курский).

В 2001 году я также стал членом Нью-Йоркской академии наук.

КЛУБ АКАДЕМИКОВ

В 1996 году хирургическая общественность отмечала 75-летний юбилей журнала «Клінічна хірургія». Мы сидели рядом с академиком Н.М.Амосовым и беседовали. В разговоре речь зашла о клубе академиков, к участию в котором он меня пригласил. Клуб работает в Доме ученых на Владимирской, 45. В очередную пятницу я пришел в Дом ученых. Н.М.Амосов представил меня президенту клуба Борису Николаевичу Малиновскому, члену-корреспонденту НАН Украины. В начале заседания Борис Николаевич официально представил меня. Некоторые члены клуба меня знали — академики Константин Меркурьевич Сытник, Геннадий Харлампиевич Мацука, Алексей Григорьевич Ивахненко, Владимир Семенович Королюк, Нина Ивановна Королюк, Владимир Григорьевич Николаев, Юрий Алексеевич Митропольский, и поддержали мое вступление в клуб академиков.

В клубе я познакомился с известными учеными: Алексеем Алексеевичем Собиновым, Зиновием Львовичем Рабиновичем, Валерием Николаевичем Ковалем, Виталием Георгиевичем Доценко, Юлией Владимировной Капитоновой, Гассаном Гассановичем Гассановым, Олегом Александровичем Кришталем, Сергеем Борисовичем Крымским, Александром Адольфовичем Ледичевским, Николаем Васильевичем Новиковым, Львом Борисовичем Малиновским, Константином Епифановичем Махолиным, Сергеем Сергеевичем Азаровым, Юрием Лукичом Иваськивом.

Клуб академиков «В пятницу на Владимирской» был организован в 1991 году, в год независимости Украины. Заседания проходят по пятницам с 16 до 18 часов два раза в месяц. Заседания проходят в гостиную с камином. Когда приходило много гостей, приходилось занимать соседнюю большую гостинную.

Бессменным президентом клуба является Б.Н.Малиновский, его создатель.

На заседания клуба приглашаются выдающиеся ученые, политики, деятели культуры, производственники, депутаты Верховной Рады, бизнесмены, министры, дипломаты, послы иностранных государств, руководители ветеранских организаций, священнослужители, иностранные ученые, журналисты, писатели, редакторы журналов и др.

Открывая очередное заседание клуба, Борис Николаевич обращается к гостю с небольшим приветствием, говорит ему об условиях работы клуба. На заседании нет журналистов, корреспондентов радио и телевидения, поэтому гость может быть уверен, что его выступление в клубе никто не изложит в невыгодном для него свете. Гость может рассчитывать на моральную поддержку членов клуба, если в этом возникнет необходимость. Гостя просят коротко рассказать о себе, о своей работе. Гость предлагает тему выступления в клубе, которую излагает в течение 45—60 минут. Далее следуют ответы на вопросы и, наконец, выступления членов клуба. Заседания клуба проходят в исключительно корректной форме, даже если члены клуба не разделяют мнения гостя.

Заседания обычно сопровождаются чаепитием, которое очень красиво организует Галина Александровна Стрижик — директор Дома ученых.

До моего вступления в клуб гостями были президент Украины Л.М.Кравчук и председатель Кабмина Л.Д.Кучма.

В клубе выступали многие ученые и видные политические деятели: Н.М.Амосов, А.А.Собинов, А.А.Мороз, Е.К.Марчук, министр образования М.З.Згуровский, депутаты Верховной Рады А.И.Емец, Ю.В.Тимошенко, В.М.Пинзеник, В.Л.Семиноженко, П.Н.Симоненко, Г.А.Омельченко, мер Киева А.А.Омельченко, послы ряда стран, министр культуры Польши, украинские и российские ученые.

10 января 1997 года гостем клуба был министр образования, академик Михаил Захарович Згуровский. На его выступлении остановлюсь подробнее.

Советская власть создала оригинальную систему образования. Кадры высшей квалификации готовились для нужд социалистического государства с плановой экономикой, в том числе 40% инженеров, 60% — учителей, врачей, библиотечных работников и специалистов других более редких профессий.

С началом космической эры усиленно начали готовить физиков-теоретиков, физиков-атомщиков и в этом достигли значительных успехов, признанных мировым сообществом.

С началом независимости и экономического кризиса в Украине бюджет на образование урезается. В 1996 году с 7% снизился до 4,2% государственного бюджета, в некоторых вузах государством финансируется только зарплата.

Некоторые ученые уехали за рубеж, но не все там прижились; других отправили в долгосрочные отпуска. Многие ученые пожилого возраста продолжают работать, не получая зарплаты. Некоторые молодые ученые занялись частным предпринимательством, челночным бизнесом, чтобы свести концы с концами.

Украина, по мнению Европейского Союза, является высокообразованной страной. По стандартам Европейского Союза, образованным называется государство, в котором имеется 170 специалистов с высшим образованием на 100 000 населения. В Украине имеется 176 человек, во Франции и Германии — по 180, в США — 200.

Самое большое количество средств на образование выделяют Китай, Япония, Южная Корея и Индонезия — по 1300 долларов на каждого жителя страны! Для сравнения, на эти цели США тратят 900, Франция — 200, Германия — 300 долларов.

В Украине в 1995—1996 годах на обучение тратилось 50 долларов на одного жителя. Сокращения числа институтов не будет — таковы условия, подписанные Украиной с Европейским Союзом.

В Украине имеется 900 институтов (в 1999 году их стало больше). Раньше они обслуживали весь Союз, частично — страны Варшавского договора, Африки, Азии и Кубу. Теперь Россия наших выпускников на работу не берет. Вообще государственный заказ на молодых специалистов снижен. Выпускники на работу устраиваются кто как может, не всегда по профилю, но устраиваются все.

Бюджет Украины не в состоянии выдержать содержание всех институтов. Так появилась идея частного обучения. Министерство образования согласовывает и утверждает программы, соответствующие мировым стандартам. Дипломы частных институтов приравниваются к государственным и международным.

В институтах приходится перепрофилировать факультеты на дефицитные специальности, готовить экономистов, юристов, менеджеров, политологов и т.д., то есть приспособлять высшее образование к рыночному ведению хозяйства.

Нет смысла готовить так много медиков и инженеров.

Сейчас наблюдаются следующие тенденции при поступлении в институты: по-прежнему в мединститутах большой конкурс и небольшой спрос на специалистов после окончания учебы.

В промышленные институты (горные, металлургические) небольшой конкурс при поступлении, но большой спрос на специалистов после окончания учебы.

Большой спрос на экономистов, бухгалтеров, финансистов, юристов, международных таможенников и других специалистов, необходимых для рыночной экономики, в которых не было потребности при плановом ведении хозяйства.

Согласно реформе высшего образования в Украине вводится 5 уровней аккредитации высшего образования:

5 уровень — элитные учреждения. К ним относятся национальные университеты, академии и Киево-Могилянская академия.

Далее министр остановился в общих чертах на нынешнем состоянии общеобразовательных школ, рассказал о массовом уходе учителей из школ в структуры бизнеса.

Академики предложили министру свои услуги в составлении учебных программ и учебников для различных вузов. Предложение было принято.

17 января 1997 года гостем клуба был депутат Верховной Рады Александр Иванович Емец, к сожалению, погибший в автомобильной аварии. Он рассказал интересный факт, относящийся к первым месяцам независимости Украины.

Тогда в Украине было размещено подразделение Советской армии в количестве одного миллиона человек. Армия подчинена Москве. Присяга была дана Советскому Союзу. В тот период, сразу после ГКЧП, Союз вроде бы и есть, и вроде бы нет. Генштаб вроде есть.

Кравчук как председатель Верховной Рады пригласил на совещание генералитет; Леонид Макарович сказал о необходимости принести присягу новому независимому государству армии, расположенной в Украине.

В зале гробовая тишина.

Генералы молчат, опустив головы. Не смотрят друг на друга. В тот момент генералам было о чем подумать: измена присяге, а следовательно Родине, о возможностях дальнейшего прохождения службы в чужой стране.

Л.М.Кравчук ждал.

Генералы молчали. Выжидали. Атмосферу разрядил генерал-полковник К.П. Морозов, командующий Киевским военным округом

(уроженец Луганской области), назначенный вскоре министром обороны Украины:

— Леонид Макарович, армия примет присягу на верность Украине.

Вскоре 70% личного состава сухопутных войск и авиации приняли присягу на верность независимой Украине.

Сложно было с Черноморским флотом. Севастополь — город отставных советских военных моряков. На флоте служило много матросов и офицеров не украинцев.

Флот колебался!

Первым присягу на верность Украине приняло элитное подразделение флота «Диверсионная бригада». После этого началось принятие присяги на верность Украине по кораблям. Пришлось переформировать экипажи кораблей на тех, кто принял присягу на верность Украине и тех, кто хотел служить на флоте России. Обвинять ни тех, ни других моряков не в чем. Их право, где служить и кому.

28 ноября 1997 года гостем клуба был посол Канады в Украине.

Посол свое выступление начал с заявления: будет говорить только о том, в чем хорошо информирован. Большую часть начальной части своего выступления он посвятил преобразованиям в Украине.

К достижениям Украины он отнес:

— получение независимости после 750-летнего рабства;

— принятие Конституции. Канада 250 лет пытается принять конституцию и все безрезультатно;

— принятие законов, которые делают невозможным возвращение в Советский Союз и социализм;

— развитие частной собственности;

— укрепление связей с Западом.

Ваш народ еще не оценивает достижения демократии, так как она пока ничего не дала большинству населения Украины. Ваши люди пока не понимают, что тяжкие условия жизни в стране являются результатом борьбы за власть отдельных кланов и партий. Эти трудности — временные.

Картину нельзя смотреть вблизи. Красота ее видна на расстоянии. Так и с вами. Пройдет время. Утрясутся невзгоды, улучшится жизнь. Период становления Украины как независимого государства будет оцениваться вами по-другому.

19 декабря 1997 года ученые торжественно отметили 70-летие Дома ученых НАН Украины. Немного истории. Он был открыт 24 декабря 1927 года в доме по улице Пушкина, № 1, к 10-й годовщине Советской власти. Помещение выбирали очень придирчиво.

Дом должен располагаться в центре города, вблизи от Академии. Он должен быть престижным, удобным для проведения научно-просветительской и научно-культурной работы среди ученых, а также развлекательной работы для взрослых и детей. Этим требованиям в основном соответствовал дом № 1 на Пушкинской улице.

В 1941 году помещение Дома ученых сгорело. После войны Дом ученых открыли на ул.Владимирской, 45.

У истоков организации Дома ученых НАН Украины стояли такие знаменитые ученые, как А.В.Палладин, Е.О.Шилов, С.Л.Ефремов, А.А.Богомолец, Д.К.Заболотный, Е.О.Патон, Б.Е.Патон, В.П.Кухар, В.Г.Писаренко и др.

Членами Дома ученых могут стать все, кто имеет научную ученую степень.

Директором Дома ученых является Галина Александровна Стрижик.

Перед самым Новым годом, 26 декабря 1997 года в клубе академиком принимали вице-преьера Украины Виктора Михайловича Пинзенника. Это колоритная личность. Одни его ругали, называли выскочкой, ученым без практического опыта, другие хвалили — своей деятельностью он вносил новые экономические тенденции в административную работу правительства. Во всяком случае, равнодушных к его личности не было. В то смутное время он пытался внести хоть что-то, чтобы вывести страну из экономического кризиса. В большинстве своих начинаний он наткнулся на равнодушную стену настроенных просоциалистически партаппаратчиков прошлого, связанных между собой круговой порукой — группа 232. В подтверждение В.М.Пинзенник привел такой факт.

Украинский газ стоит 10 грн. за 1000 куб.м. Цена небольшая. Бизнесменам она невыгодна. Они самовольно поднимают стоимость газа до 60—80 долларов за 1000 куб. м. Получают бешеную прибыль, которую всячески скрывают и платят меньше налогов. Это производится с ведома государственных чиновников, которые имеют хороший куш. Цена же товаров в стране повышается — люди беднеют.

С ведома государственных чиновников ухудшается экономическое положение различных производств, чтобы подставные лица купили предприятия по самой низкой цене. Государственные чиновники всех уровней с этих торговых сделок имеют негласный доход.

В 1997 году в Украине существовало более 100 внебюджетных фондов, которые бесконтрольно растрачивали достояние страны. Все об этом знали, но правительственные органы радикальных мер не принимали, — кому-то это было выгодно.

Льготы у депутатов большие. Одна путевка депутата в санаторий государству обходится в 4 000 грн. Пенсии чиновников достигают 3 000 грн. Согласно принятому Кабмином постановлению при увольнении высокого чиновника с должности ему одновременно выплачивают 10 месячных окладов, но это меньше, чем дает «корыто». Поэтому чиновники всячески держатся за должности и препятствуют омоложению государственного аппарата. Разумных молодых специалистов достаточно, но их не замечают, не приглашают и не продвигают. В.М.Пинзенник кого-то не устраивал, подвергался постоянной критике. От вице-премьерства в правительстве В.А.Масола его освободили. Сейчас он депутат Верховной Рады.

В 1998 году клуб заседал регулярно. Нашими гостями были послы Беларуси, Норвегии, Англии, России, Югославии. Их выступления были интересными. Они говорили о жизни в своих странах и почти не касались обсуждения своей деятельности в Украине под предлогом, что они не имеют права вмешиваться во внутренние дела Украины. Все без исключения подтвердили, что бизнесмены их стран испытывают большие трудности в ведении бизнеса в Украине, а те, что ведут, постепенно его сворачивают из-за частой смены законов и отсутствия истинных хозяев на предприятиях.

На заседании клуба академиков выступал мэр Киева Александр Александрович Омельченко. В течение 70 минут он четко, со знанием дела, используя документы с цифрами, очень толково, доходчиво говорил о нуждах столицы Украины.

Начал свое выступление с закона о столице Украины Киеве, который никак не хотела принимать Верховная Рада. Подоплека политическая. Левые надеются на воссоединение Украины с Россией и Беларусью, и тогда закон о Киеве будет помехой.

Нужда в нем большая. У Киева как столицы государства много новых функций. Одних посольств более 135 и дипломаты требуют много внимания, а их статус в Киеве до конца не определен. Размещение в городе органов власти также требует неотложных решений.

Киев нуждается в соответствующем строительстве и реконструкции, разработке транспортных развязок, реконструкции старых зданий, не ремонтировавшихся со времен революции 1917 года. Не решается вопрос с бюджетом города и муниципальной собственностью. Много внимания уделяется водоснабжению и, в частности, строительству биуетов для обеспечения населения экологически чистой водой.

Академики в А.А.Омельченко увидели рачительного хозяина города. Он конкретно занимается проблемами города и это видно: восстановлен Михайловский собор, приводят в порядок тротуары,

скверы, площади. Ремонтируются старые дома, а фасады их — украшение города. Место для памятника М.С.Грушевскому, первому президенту Украины, выбрано удачно, памятник хороший.

Академики поддержали кандидатуру А.А.Омельченко на должность мэра города на новый срок. Избрание А.А.Омельченко мэром Киева проходило бурно. Было много претендентов. А.А.Омельченко победил с большим отрывом. Выборы показали, что киевляне отдали предпочтение не тем, кто много говорит, а тому, кто много делает и благоустраивает город.

Время коммунистическо-большевистских идей, за которые Украина заплатила многими миллионами жизней, голодомором, раскулачиванием крестьян, репрессиями интеллигенции, особенно патристически настроенной, причисленной к диссидентам, прошло.

В 1970 году во время одного обеда меня поразила позиция Н.М.Амосова, который как очевидный факт предсказывал крушение СССР в ближайшие годы. В те годы, когда иллюзия улучшения материального положения в стране так эффективно обеспечивалась нефтедолларами, трудно было поверить, что СССР может перестать существовать, причем не в результате войны.

Академики, проанализировав ситуацию в стране и в мире, прогнозировали закат коммунистических идей в стране, сворачивание социалистических форм ведения хозяйства.

Однако после обретения Украиной независимости возникла другая иллюзия, — что переход к рыночной экономике в нашей большой, богатой, образованной, сравнительно культурной стране произойдет быстро и не очень болезненно — также, как получение государственной независимости.

Академики явно переоценили положительные объективные предпосылки такого перехода и недооценили негативный субъективный фактор — руководителей нашей страны разных рангов, которые почувствовали себя значительно вольготней в отсутствие угрозы лишиться партбилета.

НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ УКРАИНЫ

В 1970-х и 1980-х годах мне выпала честь возглавлять все урологические службы в Украине. Я сочетал работу директора Киевского института урологии и нефрологии с обязанностями Главного уролога Минздрава Украины, председателя Республиканской проблемной комиссии «Урология и нефрология», председателя правления научного общества урологов Украины, редактора межведомственного сборника «Урология» (№ 5—21), председателя специализированного совета по защите докторских диссертаций по урологии. Кроме того, я был заместителем председателя Всесоюзного общества урологов и членом редколлегии журнала «Урология и нефрология». Поэтому я был хорошо информирован о состоянии урологии на Украине и в Союзе.

Мое положение в урологии позволяло мне активно влиять на планирование и проведение республиканских съездов, пленумов, конференций, симпозиумов с учетом уровня урологической науки, требований практического здравоохранения и подготовки кадров урологов.

Ниже я привожу все урологические форумы, проведенные в 1969—1987 годах. Кроме них — I съезд урологов Украины (1938), потому что на нем по инициативе профессора А.А.Чайки в Украине было создано Научное общество урологов:

I съезд урологов Украины (Киев, 1938);

V Республиканская конференция урологов Украины (Киев, 1969);

IV пленум Республиканского научного общества урологов (Черкассы, 1971);

I Всесоюзный съезд Научного общества урологов (Баку, 1972);

Симпозиум «Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни» (Киев, 1972);

II съезд урологов Украины (Киев, 1973);

VI Республиканская конференция по пластической урологии (Киев, 1975);

III съезд Научного общества урологов Украины (Днепропетровск, 1980);

VI пленум Научного общества урологов Украины (Донецк, 1982);

IV съезд Научного общества урологов Украины (Киев, 1985).

Рекомендации украинских форумов и Всесоюзных съездов (I — 1972, II — 1978, III — 1983), в работе которых я принимал участие, были основополагающими научными документами, которые обусловили развитие урологии в нашей стране.

В послевоенные годы в Украине урологическая служба развивалась повсеместно. В 1946 году в Украине было 353 урологические койки, в 1968 году их число увеличилось до 5138. Соответственно увеличилось число врачей-урологов и кабинетов в поликлиниках. Развивалась уротуберкулезная и уроонкологическая сеть, а также увеличивалось количество членов научного общества урологов Украины. В 1985 году, в канун проведения IV съезда урологов, их число составляло 1425.

Первая республиканская конференция украинских урологов проведена в 1960 году в Виннице. На конференции обсуждались проблемы гиперплазии предстательной железы.

Для координации научно-исследовательских работ по урологии приказом по МЗ УССР № 7 от 7 января 1964 года был создан межведомственный республиканский сборник «Вопросы урологии» (с четвертого выпуска — «Урология»).

Ответственным редактором первых 4 выпусков сборника «Вопросы урологии» была профессор О.В. Проскура. В сборнике печатались работы, выполненные урологами Украины, а также материалы республиканских научно-практических конференций. Всего было выпущено 24 сборника.

Со времени организации Киевского научно-исследовательского института заболеваний почек и мочевыводящих путей (урологии) началось регулярное проведение республиканских научно-практических конференций: в Ялте (1964), Киеве (1966), Черновцах (1967).

Меня О.В. Проскура в сентябре 1969 года ознакомила с приказом Минздрава Украины о проведении в декабре текущего года V конференции урологов Украины. Я понял, что в ближайшие годы мне систематически придется заниматься подобными вопросами.

В Донецке мне не приходилось принимать участия в организации и проведении медицинских форумов. Я был участником многих

хирургических съездов и конференций, но не представлял, какую подготовительную работу проводит оргкомитет.

В Украине планирование, подготовка и проведение научных форумов были хорошо продуманы.

Республиканские проблемные комиссии вместе с правлениями республиканских научных обществ и профильными институтами за год до проведения каждого мероприятия готовили научную программу и подавали ее в Минздрав Украины. В IV квартале текущего года управление науки Министерства готовило общую заявку и подавало ее в Госплан Украины. В Госплане заявки всех министерств и Академии наук включали в единый документ, который после согласования в отделе науки ЦК Компартии Украины направляли в Совмин для утверждения. Утвержденный республиканский план проведения научных и научно-практических мероприятий на предстоящий год был обязательным для выполнения на всех уровнях. К концу года или в январе следующего года мы точно знали время, место проведения мероприятия и число участников. Отказов в проведении конференций практически не было. Изменений в научную тематику административные органы не вносили, поскольку все было согласовано заранее.

Советские и партийные органы шли нам навстречу, если возникала необходимость проведения внеплановой конференции. В таких ситуациях мы персонально обращались к руководителям местных партийно-советских органов. При их письменной поддержке республиканские инстанции препятствий не чинили. Денег для проведения мероприятий правление общества и дирекция института не просили, поскольку заранее знали, что нам откажут. Практики привлечения спонсорских средств тогда не было.

Организациям, включенным в план, выделялись фонды на бумагу для издания материалов, и лимит бронирования мест в гостиницах. На республиканские съезды урологов утверждали до 500 делегатов, на пленумы — до 100.

Желающих принять участие в работе съездов, пленумов и конференций было в 2—2,5 раза больше, в том числе урологов из других республик.

Минздрав Украины на проведение урологических форумов денег не выделял. Научное общество урологов Украины было малочисленным. Членские взносы не покрывали даже 30% расходов. Приходилось рассчитывать на взнос делегатов, величина которого определялась после составления финансовой сметы предстоящего съезда (пленума). Мы были заинтересованы в максимальном количестве делегатов — от этого зависело финансовое обеспечение съезда, а также проведение культурных мероприятий для делегатов, их жен и детей.

Поначалу мы печатали программу съезда (пленума, конференции) и тезисы докладов, а труды съезда издавали по окончании научного форума, в них вносили рекомендации съезда, список избранных на съезде руководящих органов.

Постепенно вышестоящие органы стали ограничивать количество бумаги, разрешали печатать либо тезисы, либо труды. После 1970 года мы издавали материалы, представлявшие собой что-то среднее между тезисами и трудами. В папку делегата мы клали книгу материалов, и делегат знал, за что он заплатил делегатский взнос.

Недостатком такой практики было то, что в материалы, изданные до начала работы съезда, не входила дискуссия, как правило, очень интересная, оживлявшая работу научного собрания, не печатались рекомендации, состав пленума и правления общества, если проводились выборы.

Объем материалов был ограничен — 12,5 печатных листов. Для материалов съезда урологов Украины этого было явно недостаточно.

Во второй половине 1970-х годов активизировалась научная работа урологов Украины. В Киевском НИИ урологии и нефрологии был создан специализированный совет по защите диссертаций. В урологическую службу пришло много молодых врачей, были открыты кафедры урологии, организованы курсы специализации и усовершенствования по урологии, появились факультеты усовершенствования врачей при медицинских институтах. В научную работу широко включились практически все врачи. Урологией стали интересоваться специалисты смежных областей: рентгенологи, радиологи, электрофизиологи, биохимики, микробиологи, сексологи, морфологи. Лично я эту заинтересованность приветствовал, поддерживал и помогал чем мог. Наряду с урологами доклады этих специалистов включали в программы съездов. Работники министерства постоянно принимали участие в обсуждении программных вопросов по расширению амбулаторно-стационарной сети, подготовке кадров специалистов, организации специализированной и неотложной урологической помощи. Их интересовало мнение специалистов, делегатов съезда по конкретным вопросам. Это позволяло лучше решать организационные вопросы здравоохранения и внедрять в практику рекомендации съезда.

Во времена существования СССР возникали сложности в делегировании наших ученых на международные конгрессы. Часто до последнего дня не знал, включен в делегацию или нет. Формировалась делегация в Москве, в основном из москвичей (прибалты иногда умудрялись попасть на международные конгрессы, минуя Москву).

В делегацию иногда включали по одному специалисту из союзной республики. От большой страны делегация была малочисленная, состояла из 12—15 человек. Нужно было заполнять огромное количество документов, в анкете содержалось много вопросов для КГБ. О времени начала съезда сообщали поздно, когда проходили все сроки подачи документов, включая доклады. Поэтому нередко советской делегации приходилось просить о дополнительном включении докладов в повестку дня, на что руководители конгрессов не всегда соглашались. Советские специалисты на конгрессах в прениях выступали редко. Москвичи иногда выступали с докладами. От делегатов международных конгрессов требовалось пропагандировать за рубежом советский образ жизни, а по возвращении — писать отчеты о проведенной в этом плане работе.

Работая над этой главой, я обратил внимание на высказывания врача украинской диаспоры в США В.Плюща, который в книге «Материалы к истории украинской медицины» (издание Украинского врачебного товарищества Северной Америки, Чикаго, 1988. Т. 2. С. 1—21) критикует проведение съездов врачей в Украине.

Автор пишет, что в Украине медицинские съезды созываются только с разрешения правительства и проводятся под контролем партийно-государственных чиновников. Это не совсем так. Об этом я написал подробно раньше.

При официальном открытии съезда, как правило, присутствовали государственные и партийные руководители. Такая практика существует на международных конгрессах.

Государственные и партийные руководители принимали участие в работе съездов урологов с правом совещательного голоса, особенно при обсуждении организационно-административных вопросов здравоохранения. В.Плющ правильно критикует наших основных (ведущих) докладчиков, которые кстати и некстати подчеркивали роль И.Сталина, ЦК КПСС и очередных генеральных секретарей ЦК КПСС в развитии медицины и здравоохранения. Однако тогда партия имела отношение ко всем отраслям народного хозяйства, культуры и науки. Все решалось с ведома политбюро, а потому ссылки на компартию не казались нам неправомерными, скорее неуместными. Но в целом мы считали, что это справедливо.

Делегатов направляли на съезд по командировке учреждения, где они работали, с оплатой питания, гостиницы и проезда в обе стороны. Рядовые врачи также могли принять участие в работе урологического форума, но они сами оплачивают делегатский взнос. Это общая практика за рубежом.

Автор книги В.Плющ возмущается тем, что выборы правления медицинских научных обществ у нас проводятся формально, поскольку все уже согласовано. Да, действительно, все предварительно согласовывалось, однако в большинстве случаев это было просто формальностью. Оргкомитет, зная деловые качества членов общества, заранее отбирал кандидатуры будущих членов правления научного общества с учетом региона республики, места работы, ученой степени, занимаемой должности и профессиональных качеств. Кандидатуры обсуждались на заседании правления общества. Этот список представлялся в Минздрав Украины. В Министерстве в проект, как правило, изменений не вносили, поскольку члены будущего правления представляли регионы всей Украины и все учреждения. Неоднократно на съездах по предложению делегатов список кандидатов в правление общества в процессе обсуждения несколько изменялся. После дополнительного обсуждения делегаты съезда были единодушны при избрании пленума правления. Я не могу сказать, что были какие-либо нарушения демократичности выборов руководящих органов научных обществ урологов — на тех международных конгрессах, в работе которых я принимал участие, практика была точно такой же.

Доклады, представляемые на съезды и в печать, проходили экспертизу, что позволяло отсеять профессионально слабые работы, предупреждало попадание в печать сведений, содержащих государственную тайну или патентопригодные, но пока незапатентованные материалы.

На зарубежные съезды также принимаются только отобранные доклады, которые по решению оргкомитета стоит внести в программу. При большом количестве докладов это единственный шанс провести съезд организованно и в срок.

Замечание В.Плюща, что у нас на съезде простому врачу выступить трудно, в какой-то мере справедливо. Обусловлено это большим количеством желающих выступить. Однако в материалах съездов, конференций мы стремились печатать все присланные работы.

В прениях мы никого не ограничивали. Другое дело, что нередко прения напоминали микродоклады.

В прениях с обсуждением докладов делегаты выступали неохотно, было мало ярких, запоминающихся полемических выступлений. Иногда критические замечания были необоснованными, иногда — грубыми.

Мудрость гласит: хвалить можно сколько угодно, кого угодно, за что угодно и где угодно... Но критиковать следует осмотрительно,

убедительно, а самое главное — доброжелательно. Бескомпромиссные дискуссии ничем хорошим не кончаются.

Ученым следует помнить, что оппонента нужно благодарить за высказанную иную точку зрения и не считать его своим врагом. Особенно в медицинской практике и науке. Высокое искусство проведения диспутов при обсуждении научных докладов у нас еще впереди.

В.Плющ признает, что, несмотря на, как он считает, недемократичный стиль работы научных медицинских обществ в Украине, на их заседаниях выступают высококвалифицированные специалисты, обычно научные сотрудники, глубоко и всесторонне обсуждают тему. Доклады имеют большое научное значение и опираются на значительный фактический материал. Эти доклады помогают врачам и студентам в повышении их квалификации. А это главное. Материалы съезда доступны каждому врачу и не только в Украине.

В то же время, съезды врачей украинской диаспоры в США, как явствует из приведенной статьи В.Плюща, были малочисленными и политематическими. На первых съездах даже обсуждались случаи из практики. В 1980-е годы фигурировали доклады, которые требовали немедленного обсуждения, поскольку следующий доклад был посвящен совершенно другому вопросу.

Съезды врачей украинской диаспоры, судя по всему, в отличие от наших съездов, не влияли на развитие здравоохранения в стране. Они больше способствовали повышению квалификации участников.

Вместе с тем, следует отметить, что съезды украинских врачей объединяли украинскую диаспору, были поводом для встреч и поддержания связи со своей исторической родиной. В независимой Украине врачи украинской диаспоры всего мира провели с врачами Украины три международных съезда в Киеве, Харькове, Одессе с изданием трудов, и намечается проведение четвертого в Тернополе в 2003 году. Это прогрессивное начинание нашло всеобщую поддержку наших ученых.

V Республиканская конференция урологов Украины (Киев, 1969)

18—19 декабря 1969 года в Киеве проходила V Республиканская конференция урологов, приуроченная к пятой годовщине Киевского НИИ урологии Минздрава УССР. Это была первая республиканская конференция, в подготовке которой я принимал участие. Руководила работой конференции профессор О.В.Проскура, председатель правления научного общества урологов Украины.

Конференции и съезды были важным этапом в развитии урологической службы в республике.

В программу пятой конференции урологов были включены следующие вопросы: состояние урологической помощи в Украинской ССР и пути дальнейшего развития; пластические операции в урологии; неспецифические воспалительные заболевания в урологии; новые методы диагностики в урологии.

На конференции было сделано 67 докладов, представленных учеными из Украины, Москвы, Ленинграда, Грузии, Эстонии, Ростова-на-Дону.

Профессор О.В.Проскура включила в оргкомитет конференции сотрудников института и кафедр урологии Киевского мединститута и Киевского института усовершенствования врачей. К началу конференции были опубликованы тезисы докладов и подготовлено все, что необходимо для начала работы. На конференции присутствовали 300 делегатов и 165 гостей.

18 декабря 1969 года пятая республиканская конференция урологов Украины начала свою работу в аудитории Института истории Академии наук Украины на Европейской площади.

Конференцию открыл Министр здравоохранения Украины профессор Василий Дмитриевич Братусь. Во вступительном слове он дал общую оценку урологической службы в республике. Возложил ответственность на институт и Главного уролога Минздрав Украины за организацию урологической службы — подготовку кадров урологов, открытие новых урологических отделений в крупных многопрофильных больницах, развитие в них функциональных методов исследования и лечения. Обязал коллектив Института урологии сосредоточить внимание на разработке проблем трансплантации почки, подчеркнул, что пионером пересадки почки в мире был украинский профессор, хирург Юрий Юрьевич Вороной.

Доклады начальника Главного лечебного управления Минздрава Украины Всеволода Матвеевича Козлюка и профессора Ольги Васильевны Проскуры были посвящены анализу деятельности урологической службы в республике. Докладчики подчеркивали, что на данном этапе расширение урологической сети идет за счет открытия новых самостоятельных урологических отделений, а также выделения урологических коек из хирургических отделений. Ставилась задача сосредоточить лечение урологических больных в специализированных урологических отделениях. Отмечалось, что подготовка кадров урологов отстает от потребностей в них в практическом здравоохранении. Урологические приемы перегружены, что ограничивает доступность урологической помощи населению.

По организационным докладам приняты конкретные предложения, которые вошли в рекомендации конференции и были в последующие годы определяющими в развитии урологической службы в Украине.

Профессор Ольга Васильевна Проскура в программном докладе «Пластические операции в урологии» затронула широкий круг вопросов диагностики и лечения врожденных, приобретенных пороков и травмы мочевой системы: гидронефроз, уретерогидронефроз, экстропию мочевого пузыря, пузырно-влагалищные свищи, травматические стриктуры мочеиспускательного канала и гипоспадию. Доклад был сделан на материале 165 операций на верхних и 197 — на нижних мочевых путях.

По тому времени это был самый большой клинический материал в Украине. О.В.Проскура высказала ряд важных, прогрессивных положений, которые в дальнейшем подтвердились на практике.

Слушая доклад Ольги Васильевны, я понял, что, располагая большим, но разнообразным клиническим материалом, сложно сделать научно обоснованные выводы по некоторым проблемам. Также, как на Всесоюзной конференции по пластической урологии, которая проходила в Тбилиси, этого не смогли сделать по той же теме российские урологи.

В докладах остальных украинских урологов клинический материал был значительно меньше. Доклады напоминали отчет о проделанной работе, но это было предвестником того, что в Украине начинается развитие пластической урологии, направленной на сохранение функции мочеполовых органов, что от паллиативных операций передовые урологи начинают переходить к радикальным.

Доклады профессоров Д.Д.Мурванидзе, А.В.Терещенко, С.Я.Долецкого были посвящены проблемам детской урологии. Они поддерживали профессора О.В.Проскуру в том, что детская урология имеет свои особенности, и есть потребность в специализации урологов.

С.Д.Голигорский в программном докладе о новых методах диагностики в урологии фактически перечислил все существующие методы диагностики, проанализировал ошибки, которые допускают урологи при их выполнении, неточности в трактовке полученных результатов. Обратил внимание, что в мире урологии, помимо показателей уродинамики, все чаще изучают функцию нефрона по клиренс-тестам. В связи с увеличением числа применяемых функциональных методов исследований в урологии докладчик предложил разработать стандартные схемы (алгоритмы) исследования при различных заболеваниях.

На последнем заседании было избрано правление республиканского научного общества урологов: О.В.Проскура, В.С.Карпенко, В.И.Шаповал, Л.П.Павлова, С.Д.Голигорский, В.Н.Скляр, Б.С.Гехман, Ю.Г.Единый, В.С.Гагаринов.

На V конференции урологов Украины профессор О.В.Проскура избрана почетным членом республиканского Научного общества урологов. Мне выпала честь вручить Ольге Васильевне соответствующий диплом. Ольгу Васильевну тепло приветствовали делегаты и гости конференции, дали высокую оценку ее работе на посту председателя Общества урологов Украины.

К конференции я тщательно готовился. В библиотеке института мне подобрали необходимую литературу — отечественную и зарубежную.

В дни конференции в клинике был устроен прием в честь грузинских урологов во главе с незабвенным профессором Сократом Яковлевичем Аршбой, директором НИИ урологии Грузии. За праздничным столом аспирант Ю.Е.Сергейчук спел для наших гостей новую песню «Два кольора». Я был заворожен словами, музыкой и голосом Юрия Емельяновича.

В отчете министру здравоохранения В.Д.Братусю об итогах прошедшей V Республиканской научной конференции урологов я изложил свое видение путей реализации рекомендаций конференции в развитии урологической службы, подготовке кадров, развитии науки, включая проблемы трансплантации почки, о которой он говорил во вступительном слове на открытии конференции. Отдельно доложил ему свое мнение о задачах института в реализации намеченных планов.

Василий Дмитриевич в дальнейшем рекомендовал проводить не конференции, а съезды урологов Украины раз в пять лет и пленумы — раз в два года. Республиканские конференции, симпозиумы, научно-практические конференции проводить по мере необходимости для решения конкретных вопросов в урологии и нефрологии и не только в Киеве, а желательно в областных центрах.

V Научная конференция урологов Украины научила меня многому. Я понял, что мне предстоит заниматься подготовкой и проведением съездов, пленумов, конференций, симпозиумов, поэтому очень тщательно следил за работой конференции, записывал все, что могло мне пригодиться в будущем.

На основе своих записей и заметок составил рабочий план работы оргкомитета в период подготовки к проведению форума урологов. По моим представлениям, подготовка включает четыре этапа.

I этап (за два года до начала). Правление общества определяет научную тематику; согласовывает с отделом науки Минздрава Украины, вносит в республиканский план научных мероприятий Госплана Украины, оповещает заинтересованных лиц о предстоящем форуме и его программе.

II этап (за 6 месяцев до начала работы). Правление общества создает оргкомитет, который составляет смету финансовых расходов и представляет ее на утверждение оргкомитета; определяет сумму делегатского взноса; проводит работу с присланными докладами; формирует программу по дням заседаний; утверждает председателей секционных заседаний; готовит проект приказа по Минздраву Украины о проведении съезда; готовит официальные документы: вступительное слово, проект решения, рекомендации и т.д.; согласовывает кандидатуры в почетные члены общества; утверждает ответственных за связь со средствами массовой информации.

III этап (за 1,5 месяца). Оргкомитет издает приказ (по институту) о проведении съезда; создает рабочие комиссии форума; готовит аудиторию и демонстрационную технику для докладчиков; создает секретариат съезда, который готовит к публикации материалы: труды, программы, пригласительные билеты, рассылает программы и пригласительные билеты делегатам, докладчикам, председателям секций.

За 7 дней до начала форума председатели комиссий оргкомитета ежедневно отчитывались передо мною о проделанной работе. Главное: встреча и расселение гостей, готовность аудитории и демонстрационной техники, товарищеский ужин, культурная программа.

IV этап — дни работы съезда. Съезд проводится по заранее подготовленному сценарию, где все расписано на каждый день.

В течение первых трех этапов я руководил и проверял выполнение мероприятий в намеченный срок.

В дни проведения съезда я ни во что не вмешивался. Полностью доверял членам оргкомитета и членам комиссий. Я видел энтузиазм и предупредительность членов оргкомитета, в большинстве это были сотрудники института. Мне было приятно видеть, с какой решимостью и точностью члены оргкомитета выполняли свою работу. Проведение форума — ответственная и захватывающая работа, веха в развитии каждой отрасли знаний. Такая работа сближает сотрудников и поднимает авторитет института. Делегаты и гости съезда чувствовали нашу заботу, гостеприимство и отвечали нам взаимностью.

Эффективность такой методики подтвердилась на опыте проведения II—III—IV съездов урологов Украины и II Всесоюзного съез-

да урологов, который проходил в Киеве в 1978 году. Организация и проведение его легли на коллектив института.

Мы уделяли большое внимание культурной программе, понимая интерес делегатов к Киеву, широко практиковали экскурсии по городу, а также походы в театры.

Финансовые проблемы общества были отрегулированы недостаточно хорошо. Для проведения урологического форума привлекали членские взносы (2 рубля в год) и делегатский взнос (сумма его была разной). Через главных урологов мы просили перечислить на сберегательную книжку казначая делегатские взносы заранее для текущих расходов, связанных с подготовкой съезда.

Я не мог понять, почему сберкассы (банк) не могут открыть счет научным медицинским обществам, у которых накапливались значительные суммы, особенно у хирургов, терапевтов и акушеров-гинекологов? Почему сберкасса могла открыть только личный счет на имя казначая, на который присылали деньги урологи из областей, но без права начисления на них процентов? Чем деньги научных обществ отличались от денег рядовых вкладчиков, которым начисляли проценты? Работники сберкасс этого мне объяснить не могли.

После проведения съезда у нас всегда оставались небольшие суммы денег, которые мы использовали для проведения очередного пленума урологов или конференции. Деньги приходилось держать на личных счетах казначая, чтобы на них начислялись 2—3% годовых. Проценты были дополнительным доходом общества.

Случилось такое несчастье. Казначей профессор Валентин Симонович Гагаринов внезапно умер. На его сберкнижке не было никаких пометок, что это деньги общества урологов. Его вдова отказалась вернуть деньги обществу, считая их своими. Обсуждая сложившуюся ситуацию на правлении общества, мы решили погасить 3000 рублей из личных средств, учитывая недостаточную материальную обеспеченность вдовы.

Финансовые дела научного общества — вопрос сложный и тогда он не был отрегулирован.

I Съезд урологов Украины (Киев, 1938)

Этот съезд имеет историческое значение. На нем было создано Научное общество урологов Украины во главе с заслуженным деятелем науки Украины профессором Андроником Архиповичем Чайкой, сыгравшим выдающуюся роль в развитии урологии в Украине и подготовке кадров урологов.

Урология в Украине прошла сложный путь становления. В процессе своего развития она отделилась от венерологии, а позже — от хирургии.

Украинские урологи не имели своего печатного органа. Большинство работ в 20-е, 30-е и 40-е годы прошлого века публиковались в российских журналах «Новый хирургический архив», «Урология», трудах съездов российских хирургов и украинских урологов, руководствах по урологии.

Первое урологическое отделение в России было открыто в Одессе в 1863 году врачом Феофилом Игнатьевичем Вдовиковским (1834—1916 годы). В 1887 году профессор Аполлинарий Григорьевич Подрез в Харькове, впервые в Украине и России официально открыл, с разрешения министра внутренних дел и Попечительского совета, самостоятельную урологическую клинику, для чего предоставил свой собственный дом на ул. Клочковской, 20, сохранившийся до наших дней, и написал руководство по урологии на русском языке.

Профессор Андроник Архипович Чайка, будучи начальником хирургического отделения Киевского окружного военного госпиталя, в мае 1919 года развернул в нем 20 урологических коек. В 1926 году он создал Киевское городское и областное научное общество урологов. Профессор А.А.Чайка руководил доцентским курсом по урологии в клинике факультетской хирургии Киевского мединститута, руководимой профессором А.П.Крымовым.

В 1930 году на базе урологического отделения госпиталя он создал кафедру урологии Института усовершенствования врачей и пригласил в урологическую клинику талантливую молодежь.

Кроме того, в хирургических клиниках Донецка, Днепропетровска, Харькова, Одессы урологическая наука успешно развивалась на кафедрах факультетской хирургии. Это дало возможность профессору А.А.Чайке в 1934 году провести первую урологическую конференцию, а в 1938 году — I съезд украинских урологов, в работе которого приняли участие видные урологи из других республик бывшего Советского Союза.

Участником и секретарем этого съезда был профессор Петр Исаевич Гельфер, который рассказал мне некоторые подробности об этом съезде. У него сохранились краткие тезисы и программа съезда с именами ученых, которые были фундаторами урологии в Украине.

Поскольку материалы съезда в настоящее время являются библиографической редкостью, а сам съезд как первый сформировавшийся Научное общество урологов Украины имеет историческое значение, я хочу более подробно изложить его материалы, программу и упомянуть его участников.

На первой странице брошюры написано:

«Первый Украинский съезд урологов
Программа докладов, 1938 г., Киев.

Учредители съезда: Народный комиссариат здравоохранения СССР и Украинское урологическое общество.

Ответственный редактор профессор А.А. Чайка».

Число участников съезда не указано. В соответствии с программой, в съезде было занято 67 человек, включая оргкомитет.

Съезд проходил в Киеве с 29 июня по 3 июля 1938 года. Заседания проходили в помещении радиотеатра по адресу ул.Крещатик, 15. Это здание во время войны было разрушено.

В президиум организационного комитета съезда входили: проф. А.А. Чайка (Киев) — председатель, проф. И.В. Кудинцев (Харьков) — заместитель председателя, доцент П.И. Гельфер (Киев) — ответственный секретарь, доктор М.В. Пиневиц (Киев) — казначей.

Членами организационного комитета были: проф. И.И. Маклецов (Харьков), проф. Я.Б. Войташевский (Харьков), проф. А.М. Гаспарян (Харьков), проф. Хорошин (Одесса), доц. К.М. Юзефович (Одесса), доц. Г.Я. Алапин (Харьков), доц. Б.Т. Фукс (Днепропетровск), доктор М.Б. Пластунов (Киев), доктор Л.Е. Цыбульский (Киев), доктор Б.Л. Полонский (Киев), доктор Г.Б. Теплицкий (Ворошиловград, теперь Луганск), доктор Л.В. Файнштейн (Умань), доктор Ю.Б. Юдковский (Днепропетровск).

Программные вопросы на первом съезде урологов Украины:

1. Организация урологической помощи на Украине — 2 доклада.
2. Неспецифические воспалительные процессы мочевой системы — 25 докладов.
3. Латентная гонорея — 10 докладов.
4. Административное заседание (отчет правления общества и ревизионной комиссии, выборы правления и ревизионной комиссии).
5. Обезболивание в урологии — 9 докладов.
6. Рекомендованная тема: стрептоцид как лечебный фактор при инфекции мочевых путей — 3 доклада.

Все доклады и выступления делегатов в прениях стенографировались (по крайней мере, в программе было сказано: «все доклады и выступления будут стенографироваться»). Возможно, где-либо в архивах найдутся эти материалы.

Кроме того, вне программы на съезде обсуждалась проблема «Оказание урологической помощи в военное время». С программным докладом по этому вопросу выступил проф. А.И. Васильев (зав. кафедрой урологии Военно-медицинской академии, Ленинград), доктор Р.А. Гешвандтнер (Харьков) доложил о диагностике и неотлож-

ной помощи при повреждении почек, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала в военное время. Профессор Н.И. Ищенко (Киев) изложил принципы реализации урологической помощи в районе военных действий. Доктор З.В. Файнштейн (Умань) остановился на показаниях к переливанию крови в урологии. По тематике программы видно, что отечественные урологи чувствовали «дыхание» войны и готовились к ней.

В представленных докладах были изложены принципы лечения раненых на этапах эвакуации — предупреждение смерти от кровотечения, перитонита, мочевых затеков и мочевой инфекции.

На первом съезде урологов обсуждались вопросы развития урологической службы и подготовки кадров урологов, а также методы преподавания урологии в медицинских институтах.

На съезде председателем правления общества урологов Украины избран профессор А.А. Чайка. Председателем правления общества урологов Украины он был до самой смерти в июле 1968 года.

В целом программа съезда и докладчики нацеливали урологов на своевременную диагностику воспалительных заболеваний в мирное время и оказание медицинской помощи раненым в военное время, особенно на этапах эвакуации.

IV Пленум Научного общества урологов Украины (Черкассы, 1971)

К IV пленуму мы тщательно готовились, поскольку выносили на обсуждение урологов проблемы, которые значились в долгосрочных планах Минздрава Украины по развитию урологической службы и требовали внедрения в практику.

Пленум проходил под моим руководством и был для меня серьезным испытанием. В работе пленума приняли участие 168 делегатов, в том числе гости из Москвы, Ленинграда, Ташкента.

Особенностью IV пленума общества урологов было то, что правление стремилось привлечь смежных специалистов, участвующих в лечении урологических больных, для изучения проблем урологии и наметить общие вопросы для научно-практических разработок. В его работе приняли участие анестезиологи, реаниматологи, нефрологи, рентгенологи, эндокринологи, морфологи.

Программа пленума:

1. Состояние урологической службы в Украине.
2. Аденома и рак предстательной железы.

3. Анестезия и реанимация в клинической урологии.

4. Новое в урологии и нефрологии.

IV Пленум урологов рекомендовал органам здравоохранения взять курс на создание и укрепление материальной базы урологической службы: окончательное выделение урологических коек из хирургических отделений и повсеместное создание урологических отделений на 40—60 коек в многопрофильных больницах крупных городов. Кроме того, предусматривалось создание межрайонных урологических отделений и кабинетов при них в сельской местности, а в областных центрах — уротуберкулезных, уроонкологических, детских и нефрологических отделений с консультативными кабинетами.

Интенсивное развитие урологической службы требовало неотложного решения кадровых вопросов. Областным отделам здравоохранения было рекомендовано там, где это возможно, привлекать хирургов на заведование урологическими отделениями, а молодых специалистов и неаттестованных урологов направлять на курсы специализации и повышения квалификации 150—200 человек в год.

После всестороннего обсуждения проблемы рака предстательной железы делегатам было рекомендовано считать методом выбора лечения хирургическую энуклеацию яичек и пожизненную курсовую гормонотерапию.

Пленум констатировал, что современная медицина не располагает эффективными медикаментозными средствами для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В стране не было резектоскопов для трансуретральной резекции органа, поэтому основным методом лечения при гиперплазии предстательной железы должна быть одномоментная чреспузырная аденомэктомия II и IIIa стадии с непрерывным орошением растворами антисептиков дренированного мочевого пузыря. Выполнение аденомэктомии при заболевании в III стадии сопровождается худшими функциональными результатами и более высокой летальностью, поэтому больным показано проведение послеоперационной интенсивной медикаментозной терапии.

Пленум рекомендовал повсеместно ограничивать показания к осуществлению двухмоментной аденомэктомии.

Впервые на урологическом форуме обсуждались проблемы реанимации в урологии. В рекомендациях четко определена роль анестезиологов-реаниматологов в оперативном лечении урологических больных. Высказано мнение, что в ближайшее время в урологии будет использоваться преимущественно эндотрахеальный наркоз с эпидуральной анестезией, что и подтвердилось в дальнейшем.

В разделе «Новое в урологии» были показаны три фильма: «Электрогидравлическая литотрипсия камней мочевого пузыря» Юрия Григорьевича Единого и два моих фильма: «Чрескожная антеградная телеуретерография» и «Рентгенокинематография в диагностике заболеваний почек и мочеточников».

На заключительном заседании пленума была утверждена научная программа II съезда урологов Украины.

По окончании работы пленума гостеприимные хозяева организовали экскурсию по своему краю, включая Шевченковские места.

Тридцать лет спустя, работая над второй книгой своих воспоминаний, я заинтересовался, как повлияли рекомендации пленумов и съездов урологов Украины, которыми мы руководствовались в своей работе, на последующее развитие урологической службы. Я изучил основные показатели, приведенные в издававшемся нами справочнике, в сравнительном аспекте за 1969—1987 гг. Эти данные свидетельствуют, что Минздрав Украины, Главный уролог Минздрава Украины и Институт урологии вели согласованную целенаправленную работу по привлечению молодых кадров урологов; занимались всеми видами повышения их квалификации — через институты последипломной подготовки, факультеты усовершенствования врачей, кафедры урологии; на базе института проводилась интенсивная подготовка заведующих урологическими отделениями, рентгенологов, радиологов, лаборантов, биохимиков, трансплантологов, микробиологов, которые обслуживали урологические отделения на местах. За эти годы в институте прошли специализацию 1577 врачей различного профиля. В урологической службе непрерывно увеличивалось число врачей высшей и первой категорий.

Урологическая помощь становилась более доступной для жителей городов и сел. В Украине планомерно увеличивалось число урологических коек. К 1980 году 90,2% урологических коек входили в состав 148 урологических отделений, которые были открыты в многопрофильных городских больницах. К 1985 году было развернуто 8 864 урологические койки, в том числе 475 детских. В сельской местности открывались межрайонные урологические отделения. Постоянно увеличивалась сеть урологических кабинетов. В областных больницах были открыты консультативные урологические, уротуберкулезные и сексологические кабинеты.

Детская урологическая служба в основном была сосредоточена в детских областных и крупных городских больницах.

На том же пленуме были утверждены рекомендации по лечению гиперплазии предстательной железы. Число операций с каждым годом увеличивалось. Если в 1971 году на 9500 операций одномомент-

ную аденомэктомию выполняли в 20% наблюдений, двухмоментную — в 80%, то в 1987 году на 13545 операций — соответственно в 88,5 и 10%. Началось внедрение трансуретральной резекции предстательной железы (1,5% всех оперативных вмешательств). Результаты предложенной на пленуме схемы лечения гиперплазии органа незамедлительно сказались: сократилась продолжительность лечения больных с 2—3 месяцев до 14—20 дней, снизилась частота послеоперационных осложнений. Республиканский показатель летальности снизился на 27% (с 3,7 в 1971 году до 2,68 — в 1987 году).

Своевременная реализация рекомендаций IV пленума урологов эффективно и благотворно повлияла на качество лечения урологических больных вообще и с гиперплазией предстательной железы в частности.

I Всесоюзный съезд урологов (Баку, 1972)

Впервые предстояло провести Всесоюзный съезд урологов. Инициатором был академик Н.А.Лопаткин.

Получив извещение о предстоящем съезде урологов, я собрал руководителей клиник и лабораторий института. Познакомил их с программой, в которой значились следующие вопросы:

— состояние и меры улучшения урологической помощи населению, докладчик — зам. министра здравоохранения СССР А.Ф.Серенко;

— хроническая почечная недостаточность, докладчик — академик Н.А.Лопаткин;

— нефрогенная гипертензия, докладчик — профессор М.Д.Джавад-заде;

— врожденная обструкция задней уретры и шейки мочевого пузыря у детей, докладчики — проф. А.Я.Абрамян и проф. А.Г.Пугачев.

В работе I Всесоюзного съезда урологов приняли участие урологи всех республик Советского Союза и гости из Болгарии, Венгрии, ГДР, Монголии, Польши, Румынии, Чехословакии, Франции, ФРГ, Югославии.

Из 140 докладов, опубликованных в трудах съезда, 19 сделаны украинскими урологами. Урологи Украины принимали участие в обсуждении всех четырех программных вопросов.

На съезде был избран Пленум Всесоюзного научного общества урологов в составе 64 человек — представителей всех республик и ревизионная комиссия. В Правление Всесоюзного научного общества урологов были избраны: Н.А.Лопаткин (председатель), М.Д.Джавад-

заде (зам. председателя), В.С.Карпенко (зам. председателя), В.С.Рябинский (зам.председателя), Н.Е.Савченко (зам. председателя) и И.П.Шевцов (зам. председателя), А.Ф.Даренков (секретарь), Г.Ф.Дроздовский (казначей), И.Н.Кучинский, Д.Д.Мурванидзе, А.М.Мухтаров, А.Г.Пугачев, Ю.А.Пытель.

На первом заседании президиума правления ко мне обратился Н.А.Лопаткин с предложением провести II Всесоюзный съезд урологов в Киеве. Свое предложение он мотивировал тем, что в Украине создан Институт урологии и нефрологии, активно развивается стационарная и амбулаторная урологическая служба. Есть что показать урологам из других республик. Имеется достаточно персонала, чтобы обеспечить проведение съезда. Кроме того, с культурной программой в Киеве не будет проблем.

— Николай Алексеевич, предложение лестное. Я за проведение II Всесоюзного съезда урологов в Киеве, но хотел бы прежде уточнить некоторые вопросы: сколько будет делегатов, тематику съезда, кто и как будет обеспечивать финансирование съезда, время его проведения.

— Начнем с последнего — очередной съезд можно будет провести через 5 лет, то есть в 1978 году. Для решения всех вопросов времени более чем достаточно. Делегатов будет примерно 1000±150 человек, как в Баку. Финансирование съезда частично возьмет на себя Минздрав СССР, частично — Всесоюзное научное общество урологов, но большую часть нужно будет собрать в виде делегатских взносов — теперь это общепринятая практика.

— Николай Алексеевич, какая предполагается тематика съезда?

— Над этим вопросом я еще не думал. Был занят подготовкой и проведением настоящего съезда, но думаю, нужно будет затронуть урологические проблемы взрослых и детей, а также новое в урологии. Конечно же, не обойдется без организационных вопросов. Конкретно научную тематику съезда можно будет обсудить на очередном заседании правления. Значит, договорились, II Всесоюзный съезд урологов проводим в Киеве.

С этого момента я начал еще более внимательно присматриваться к организационной стороне работы съезда в Баку.

Неожиданным для нас было приглашение некоторых ведущих урологов к Гейдару Алиеву, Первому секретарю ЦК Компартии Азербайджана.

К 19 часам министр здравоохранения Азербайджана Г.М.Абдулаев, академик Н.А.Лопаткин, профессора М.Д.Джавад-заде, А.Я.Пытель, И.П.Шевцов, М.Ф.Трапезникова и я подъехали к резиденции ЦК. Нас

проводили в кабинет Г.Алиева. Он вышел из-за стола нам навстречу. Беседа завязалась сразу и, можно сказать, была непринужденной.

Г.Алиев рассказал о республике, ее проблемах и планах, о мерах по улучшению социальных и культурных запросов населения, принимаемых руководством республики.

В процессе беседы поинтересовался, где мы побывали в Баку и что видели. Своим вопросом дал понять, что его гости могут высказать свои впечатления о пребывании в республике.

Н.А.Лопаткин от имени правления Всесоюзного научного общества урологов поблагодарил хозяина за содействие в проведении I Всесоюзного съезда урологов в Баку, гостеприимство и хорошее размещение делегатов. Похвалил организацию проведения съезда. Высоко оценил состояние лечебного процесса в урологической клинике, руководимой профессором М.Д.Джавад-заде.

Приятным сюрпризом был прием, организованный правительством Азербайджана для делегатов съезда. В назначенный день нас пригласили на правительственный банкет. Он проходил в здании, которое являлось как бы фундаментом грандиозного памятника С.М.Кирову (скульптор Л.В.Сабсай, архитектор Л.А.Ильин). Ансамбль зданий находится в парковой зоне на горе, возвышающейся над городом и морским заливом. Вид на город и залив был прекрасен днем и вечером, когда зажигались миллионы огней на улицах и на кораблях на рейде.

Банкет открыл председатель Совета Министров республики. Его речь была традиционной: о дружбе народов СССР, развитии национальных культур и благосостоянии народов.

Для делегатов съезда оргкомитетом съезда был дан еще один банкет в загородном ресторане, где не было тостов и застольных речей. Как только заиграла музыка, начались танцы, песни, веселье. После напряженного повседневного труда урологи искренне и от души веселились, снимая хроническую усталость. Веселились все — никто никем не командовал. Профессор В.И.Шаповал был душой банкета.

В то время в Баку жил брат К.Т.Овнатаняна Сурен Томасович, по профессии инженер-нефтяник, с которым я был хорошо знаком. Узнав, что я нахожусь в Баку, пригласил меня с профессором Иваном Федоровичем Юндой к себе в гости. Стол накрыли богатый. После первых тостов речь пошла о жизни и работе в Баку. В Баку национальным меньшинствам стало жить невмоготу. Оскорбления и унижение стали правилом, среди молодежи провоцируются драки с поножовщиной, преследуют на работе. При первой возможности

увольняют с работы. Устроиться на работу сложно — нужно платить немалые деньги.

Самое страшное, что национальная дискриминация проникает в школы. Ее не пресекают, хотя и не поощряют.

Поэтому Сурен Томасович уже сейчас начал искать возможность обмена своей квартиры в Баку на квартиру в Москве, чтобы жить в одном городе со своим средним братом Гуреном Томасовичем.

Другие гости говорили о том же, подтверждая сказанное многочисленными примерами.

Странно все это было слышать. Только на днях при открытии съезда и во время правительственного банкета говорилось о дружбе народов в многонациональном Азербайджане и Баку. Сегодня в гостях у Сурена Томасовича мы слышали прямо противоположное. Открыто это противостояние народов Азербайджана и Армении вылилось в период распада Советского Союза, в Нагорном Карабахе.

Я много лет прожил в многонациональном Донбассе, где не было межнациональной вражды. Теперь живу в Киеве. Много езжу по Украине. Вижу, насколько украинцы толерантны к другим народам, проживающим в нашей стране.

Иногда в Западной Украине чувствовалась некоторая отчужденность местных жителей. Это объясняли историческим прошлым: в течение длительного времени западные регионы Украины находились под юрисдикцией Польши, Чехословакии, Венгрии, Румынии. Чтобы сохранить нацию, язык, обычаи, культуру, традиции, местные жители спланировались. Не способствовала толерантности партийная практика назначения на ведущие должности в областях русских или украинцев из восточных областей Украины. Преимущественное развитие русских школ, телевидения, радио в Украине не способствовали развитию равноправной дружбы и вызывало некоторую замкнутость национально более тонко воспитанных людей в западных регионах.

Мой пациент, житель Армении, предложил мне и профессору И.Ф.Юнде проехать на машинах из Баку в Ереван через Тбилиси. Впереди суббота и воскресенье. Конец октября. Погода отличная. Приглашение принято.

В пути мы увидели прелести осеннего Закавказья: горы, небольшие поля, фруктовые сады, селения, отары овец на пастбищах, многочисленные придорожные чайханы, хозяева которых зазывали в гости. На многочисленных плантациях, мимо которых мы проезжали, работали только женщины и девочки.

По дороге мы останавливались в придорожных чайханах на отдых и обед.

В нашем присутствии чайханщики резали баранов. Из свежего мяса готовили национальные блюда. Как и всюду, стол ломился от мяса, овощей, фруктов и традиционных лепешек.

Хозяин одной чайханы рассказал, что он работает в кооперативе. Барашков ему доставляют из колхозов. Если колхоз ему не поставлял барашков, он дополнительно покупал их у брата-пастуха. Брат в горах пасет колхозную отару, в которой имеется 100—150 его собственных овец.

Чайханщик сочетает труд общественный и частный. В таком ведении хозяйства все заинтересованы, поскольку каждый имеет дополнительный доход.

Вечером прибыли в Тбилиси. Переночевали в кемпинге. На рассвете выехали в Ереван. Восход солнца встречали в горах — сказочно красивое и неповторимое зрелище.

По дороге передохнули у озера Севан. Заказали обед в местном ресторане. Есть время осмотреть окрестности Севана. Озеро Севан производит неизгладимое впечатление. Озеро горное, оно мелеет, виной чему является хозяйственная деятельность человека.

На обед фирменным блюдом была севанская форель.

В Ереван приехали вечером. Самолет из Еревана в Киев отправляется во второй половине следующего дня. Поэтому на осмотр города у нас было мало времени. Осмотрели величественный памятник отцу народов. Посмотрели музей церковной утвари — подарки армян, в том числе из диаспоры. Посетили резиденцию патриарха всех армян Восгена II. Посетителей было много, разного возраста — мужчины, женщины, дети... Верующие армяне приходили с барашками, курами в качестве пожертвования. Во второй половине дня гостеприимные хозяева проводили нас к самолету.

Люблю приезжать домой, где меня ждут семья и любимая работа, а самое главное — где я ощущаю свою «нужность».

Симпозиум «Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни» (Киев, 1972)

В структуре урологических заболеваний мочекаменная болезнь занимает второе место после воспалительных заболеваний. Оперативное лечение камней почек и мочеточников часто осложняется рецидивами болезни и острыми осложнениями. Профессор Ю.Г.Единич полагал, что одной из причин этого является недостаточное применение инструментальных методов лечения восходящего и нисходящего литолиза.

В целях привлечения внимания специалистов к этой проблеме, а также изучения эффективности различных методов лечения мочекаменной болезни в институте было решено провести симпозиум на тему: «Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни и медикаментозная профилактика ее рецидивов» под руководством проф. Ю.Г.Единокого.

Программа симпозиума привлекла внимание многих видных специалистов Союза. В нем приняли участие сотрудники клиник, руководимых профессорами Ю.А.Пытелем, А.Р.Даренковым, В.С.Рябинским, М.Д.Джавад-заде, Н.Е.Савченко, Н.П.Изашили, а также врачи и руководители курорта Трускавец.

Делегаты симпозиума обсуждали проблемы профилактики и лечения мочекаменной болезни при консервативном и оперативном лечении.

На симпозиуме положительную оценку получила методика электрогидравлической цистолитотрипсии.

Экстракция камней мочеточника с использованием петли рекомендована для внедрения в практику. Одновременно обращено внимание на научное обоснование показаний и точное выполнение методики, а также профилактику возможных осложнений, особенно острого пиелонефрита.

На симпозиуме врач Б.Ш.Лазаретник, от имени авторского коллектива киевского военного госпиталя представил аппарат «Байкал», с помощью которого осуществлялось ультразвуковое дробление камней мочеточника. Рентгеновские аппараты с телеэкраном визуализировали процесс дробления и тем обеспечивали большую надежность процесса разрушения камней в просвете мочеточника.

Существенным достижением симпозиума было заключение договора между руководством курорта Трускавец и урологической службой республики о том, чтобы всех пациентов, оперированных по поводу мочекаменной болезни, бесплатно направлять в Трускавец для лечения послеоперационного пиелонефрита. Республиканские профсоюзы из своих средств обязались оплачивать путевки оперированным пациентам.

На симпозиуме было установлено, что неоперативным методам лечения мочекаменной болезни в урологических стационарах уделяется недостаточно внимания.

В то же время было показано, что применение комбинированных методов лечения мочекаменной болезни, в частности санаторно-курортного, после операции, способствует существенному улучшению результатов лечения, снижению частоты возникновения рецидивов болезни.

II Съезд урологов Украины (Киев, 1973)

II съезд урологов Украины состоялся в октябре 1973 года в клубе завода «Арсенал» возле станции метро «Арсенальная».

Съезд открыл начальник главного лечебно-профилактического управления Минздрава Украины Всеволод Матвеевич Козлюк. Делегаты съезда избрали председателем Главного уролога Минздрава Украины В.С.Карпенко. Я огласил программу съезда:

— уровень и структура урологических заболеваний — докладчик Л.П.Павлова;

— уродинамика в норме и патологии — докладчик Ф.А.Клепиков;

— госпитализм и антибактериальная терапия — докладчик В.С.Карпенко;

— новое в урологии.

Выбор программных вопросов был продиктован задачами развития урологии и запросами урологической службы того времени.

В общей структуре заболеваемости болезни почек и мочевых органов составляют всего 1%. По этой причине государственный статистический учет этой патологии не велся. В отчетах больниц значилось только 2 заболевания — нефрозонефрит и мочекаменная болезнь. Однако в структуре инвалидности удельный вес заболеваний почек и мочевыводящих органов был значительно выше.

По данным изучения первичной документации, в 4 областях Украины (25% населения) структура урологических заболеваний выглядела следующим образом: неспецифические воспалительные болезни — 59,9%; мочекаменная болезнь и диатез — 18,2%; симптомы, синдромы, относящиеся к болезням почек — 8,8%; опухоли — 6,85%; неточно обозначенные болезни почек — 2,9%; опущение почек — 2,8%; туберкулез мочеполовых органов — 1,75%.

Из представленных данных видно, что диагностика урологических заболеваний оставляет желать лучшего. На съезде были детально обсуждены причины диагностических ошибок по каждой категории заболеваний.

Профессор Ф.А.Клепиков в программном докладе обратил внимание урологов на то, что многие урологические заболевания почек характеризуются длительным латентным периодом. Клинические признаки: боль, дизурия, патологические примеси в моче и другие свидетельствуют об осложненном течении болезни.

Поэтому для своевременного распознавания и эффективного лечения больных имеет значение проведение комплексных урологических исследований функций почек и уродинамики в латентную фазу заболевания, поскольку нарушение уродинамики является ведущим патогенетическим фактором возникновения осложнений болезней почек и мочевых органов.

Выступления делегатов показали, что функциональные урологические исследования в основном проводятся в урологических учреждениях столицы, областных центров и крупных городов. Для жителей сельской местности функциональная диагностика почек и мочевых органов менее доступна.

Ведущие хирурги страны в 50-х годах XX в. с высоких трибун съездов заявили о том, что в эру антибиотиков проблема хирургической инфекции полностью решена. Это оказалось ошибкой. В процессе широкого применения антибиотиков и их взаимодействия с возбудителями возникают новые, более вирулентные штаммы, нечувствительные или малочувствительные к существовавшим антибиотикам. У больных из мочи и ран высевали ассоциации микроорганизмов, по-разному чувствительных к антибиотикам, что осложняло лечение воспаления. Отмечено развитие внутрибольничной (госпитальной) инфекции, которая становится нечувствительной к антибиотикам. Большинство специалистов рассматривают уросепсис не как обострение эндогенной инфекции, а как проявление госпитальной, более вирулентной инфекции, что требует интенсивного инфузионного лечения циклами с регулярной сменой антибактериальных препаратов.

Проблема госпитализма и антибактериальной терапии ранее никогда на форумах урологов не обсуждалась, а потому вызвала живейший интерес. Своими наблюдениями поделились профессора Н.А.Лопаткин, С.Д.Голигорский, В.А.Мохорт, А.Е.Суходольская, О.Л.Тиктинский, П.С.Серняк, Т.Н.Познякова, В.Н.Ткачук, Ю.Г.Единый, И.Ф.Юнда, В.И.Клипич и др.

Делегаты обсудили проблему госпитализма и наметили пути ее профилактики на всех этапах обследования и лечения больных, что было отражено в рекомендациях съезда.

В рекомендациях II съезда урологов Украины было записано, что основным направлением совместной деятельности научного общества урологов, Главного уролога Минздрава Украины, Института урологии и нефрологии остается дальнейшая организация и совершенствование специализированной урологической службы.

Главным в этой работе является:

— непрерывное повышение квалификации урологов с использованием урологических отделений областных больниц, факультетов усовершенствования врачей при мединститутах, институтов усовершенствования врачей, клиник и лабораторий Института урологии и нефрологии, привлечение к научной работе одаренных урологов;

— расширение урологической сети путем организации самостоятельных урологических отделений для взрослых и детей в крупных

больницах, с расположением в одной больнице как урологического, так и нефрологического отделений. В сельской местности активизация создания межрайонных урологических отделений;

— открытие урологических приемов в поликлиниках, имеющих достаточную функционально-диагностическую базу;

— открытие в областных центрах уротуберкулезных, уроонкологических и детских отделений с консультативным приемом, а также консультативного приема для сексологических больных;

— углубление профессиональной координации урологов и нефрологов в разработке проблем почечной недостаточности, ренальной, вазоренальной гипертензии и трансплантации почек;

— сокращение до разумных пределов количества эндоскопических исследований при диагностике урологических заболеваний, поскольку они являются основной причиной распространения госпитальной инфекции мочевых органов.

Биологические особенности эволюции мочевой инфекции под влиянием антибиотиков усложнили лечение больных, необходим непрерывный контроль чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В создавшихся условиях в работе урологических отделений возросло значение бактериологических исследований, соблюдения принципов асептики и антисептики.

II Съезд урологов Украины одобрил основные направления деятельности правления Научного общества урологов Украины и темпы развития урологической службы в республике.

На съезде был избран пленум Научного общества урологов Украины в составе: Н.Ф.Атаманчук (Житомир), Ц.К.Боржаевский (Львов), К.А.Великанов (Одесса), В.С.Гагаринов (Киев) — казначей, С.Д.Голигорский (Киев), М.И.Гойхберг (Киев), Б.С.Гехман (Киев), Г.П.Доброхотова (Львов), Ю.Г.Единый (Киев), В.С.Карпенко (Киев) — председатель, В.И.Клипич (Ивано-Франковск), Ф.А.Клепиков (Харьков), Л.П.Павлова (Киев) — секретарь, О.В.Проскура (Киев), М.И.Рыбинник (Винница), П.С.Серняк (Донецк), В.Н.Скляр (Киев), П.Е.Снопков (Кривой Рог), В.И.Шаповал (Харьков) — зам. председателя, И.Ф.Юнда (Киев).

VI Конференция по пластической урологии (Киев, 1975)

Изучая зарубежную литературу и материалы конгрессов, я обратил внимание на частое обсуждение проблем врожденных и приобретенных пороков мочеполовых органов у детей и взрослых. Пред-

лагались новые методы диагностики и лечения, критической оценке подвергались существовавшие подходы к проблемам восстановления уродинамики.

Это не было случайностью. В 1960—1970-е годы в медицинские учреждения стали поступать современные аппараты лучевой диагностики.

Рентгеновские аппараты, оснащенные электронно-оптическими усилителями и кинокамерами, расширяли диагностические возможности заболеваний мочевых органов. Рентгеноконтрастные исследования дали возможность распознавать детали врожденных и приобретенных пороков почек и мочеполовых органов, а также уровень и характер нарушения уродинамики. Наряду с изучением клиренс-тестов создавалась объективная картина изменений в почках и мочеточниках. Стало возможным объективно оценивать результаты оперативного лечения. Все это послужило стимулом для развития пластической урологии при врожденных и приобретенных пороках мочевой системы.

С первых дней работы в институте я пристально изучал проблемы пластической урологии и заинтересовал этим сотрудников, что в последующем оказало положительное влияние на качество диагностики и лечения врожденных и приобретенных пороков развития почек и мочевыводящих органов, и не только в институте.

Отечественные урологи раньше меня подключились к этой проблеме. В частности журнал «Урология и нефрология» в 1969 году провел дискуссию по гидронефрозу, которая показала, что достижения в 1950—1960-е годы в этой области у нас в стране были скромные.

В 1974 году в Кишиневе под руководством академика Н.А.Лопаткина был проведен пленум Всесоюзного научного общества урологов по проблемам гидронефроза. В решениях пленума было рекомендовано продолжать научные исследования по проблеме врожденных и приобретенных пороков развития почек и мочеполовых органов.

Начиная с 1969 года, в институте над проблемой гидронефроза и уретерогидронефроза под моим руководством работали урологи, рентгенологи, радиологи, электрофизиологи, морфологи. Мы располагали значительным клиническим материалом обследованных и оперированных больных с гидронефрозом и уретерогидронефрозом. Я понимал, что по сравнению с предыдущими форумами по этим вопросам мы имеем новые данные в изучении этиологии, патогенеза, диагностики и, главное, в лечении больных.

В мировой статистике того времени оперативное лечение гидронефроза в 50% наблюдений заканчивалось удалением пораженной почки (первично или после пластической операции).

Мне было известно, что распространенность гидронефроза в Украине значительная: на 50 млн населения Украины 1 500 больных гидронефрозом, по поводу которого ежегодно удаляют почку у 350. Кроме того, мы проанализировали около 1 500 историй болезни пациентов, у которых была удалена почка. Тревожным симптомом было то, что в некоторых историях болезни были недостаточно обоснованы функциональными методами исследования показания к выполнению нефрэктомии. Нефрэктомию производили в больницах всех уровней, начиная с центральной районной, где функциональная диагностика почек была не на должном уровне.

Занимаясь трансплантацией почек, я представлял, как сложно пересадить и сохранить функционирующую донорскую почку. Поэтому я все больше внимания уделял ранней диагностике заболеваний почек, в частности гидронефроза и уретерогидронефроза, стремился выполнять пластические операции до возникновения необратимых изменений в почках и мочеточниках. Пациенты с единственной почкой лишь условно здоровы, они пожизненно требуют внимания врача и периодического проведения лечения.

Мои коллеги иногда меня спрашивали, не часто ли мы проводим конференции по пластической урологии при заболеваниях почек и мочевых путей. Я считал, что чем большее внимание врачей привлечем к этой проблеме, тем больше урологов включится в ее разработку, тем больше будем делать органосохраняющих операций, от этого выиграет дело.

В проведении республиканской конференции по пластической урологии при заболеваниях почек и мочевых органов меня поддерживали министр здравоохранения Украины профессор В.Ф.Братусь и заведующий отделом науки ЦК КПУ Феликс Михайлович Рудич.

Большую услугу правлению научного общества урологов оказал Первый секретарь Киевского обкома КПУ Владимир Михайлович Цыбулько: он распорядился предоставить для проведения конференции прекрасный зал на 900 мест в Доме политпросвета (Владимирская, 46), не взяв с нас ни копейки за аренду помещения. Более того, в моем присутствии он дал распоряжение заведующей Домом политпросвета Давыдовой создать нам самые благоприятные условия для работы делегатов и гостей.

Из 135 присланных докладов по программным вопросам было отобрано 96 для публикации в материалах конференции.

На конференцию приехали около 600 делегатов и почти такое же количество гостей. Это было рекордное число участников, причем среди них были все ведущие урологи СССР.

В то время в Научном обществе урологов Украины состояло 1012 членов: 30 — докторов наук, 85 — кандидатов наук, 108 — урологов высшей категории, 308 — первой категории, 296 — второй категории, 188 начинающих урологов, не прошедших аттестацию.

Конференцию открыл и сделал основной доклад «О развитии урологической службы в Украине» Всеволод Матвеевич Козлюк — начальник Главного лечебно-профилактического управления Минздрава Украины.

Программные вопросы:

- итоги научных исследований в области урологии и задачи по дальнейшему улучшению урологической помощи населению УССР;
- пластическая хирургия верхних мочевых путей;
- пластическая хирургия нижних мочевых путей;
- эффективность восстановительной хирургии и медикаментозных методов лечения при пиелонефрите.

Интерес к научной программе конференции был очень высоким. Заседания проходили при переполненной аудитории. Слабым местом докладчиков была иллюстративная часть: слайды и таблицы оставляли желать лучшего.

В докладе Главного уролога Минздрава Украины особое внимание было обращено на первый опыт работы межрайонных урологических отделений, идея создания которых родилась в институте, была поддержана министрами здравоохранения СССР и УССР и внесена академиком Б.В.Петровским в приказ министра № 50, которым в 70—80-е годы XX века руководствовались органы здравоохранения страны при планировании специализированной урологической помощи.

В своем докладе я остановился на проблемах изучения этиологии и патогенеза гидронефроза, верификации данных электропиелуретеромиографии и морфологических исследований лоханочно-мочеточникового сегмента, а также на обосновании понятия «немой сегмент». Обосновал расширение показаний к выполнению радикальных операций, сокращению числа паллиативных вмешательств.

Результаты проведенных нами исследований уретерогидронефроза имели важное значение. Были изучены этиология и патогенез заболевания, состояние нервно-мышечных структур стенки мочеточника, и мочевого пузыря, а также роль мочевых инфекций в прогрессивном течении болезни. Были пересмотрены показания к выполнению прямой уретероцистостомии, научно обоснованы метод пластики мочеточника с использованием сегмента кишки по поводу гипоплазии, мегауретера, уретерогидронефроза.

На конференции я впервые доложил о склерозе предстательной железы как одной из этиологических причин возникновения инфравезикальной непроходимости и предложил диагностику и радикальные методы лечения.

В третьем программном докладе А.С.Переверзев на материале нашей клиники (6280 наблюдений) показал, что частота первичного пиелонефрита как самостоятельной нозологической формы составляет 1,32%, причем большинство больных — женщины. В остальных ситуациях пиелонефрит вторичный, обусловлен чаще всего мочекаменной болезнью, инфравезикальной обструкцией, врожденными пороками развития почек и мочевых органов. Предложена новая классификация пиелонефрита, разработанная в клинике на основе анализа современных функциональных, бактериологических, морфологических методов исследования. В отличие от многих урологов, мы рассматриваем пиелит как предшественник пиелонефрита. При пиелите проведение рациональной антибактериальной терапии обеспечивает выздоровление. В обсуждении программных вопросов на конференции выступили ведущие урологи Союза: профессор Е.Б.Мазо (Москва), Н.Е.Савченко (Минск), Ю.А.Пытель (Москва), П.С.Серняк (Донецк), Е.М.Шимкус (Симферополь), М.А.Гришин (Луганск), В.Д.Мохорт (Минск), Э.К.Яненко (Москва), М.Ф.Трапезникова (Москва), Д.В.Кан (Москва), С.Д.Голигорский (Киев), В.С.Гагаринов (Киев), Ф.А.Клепиков (Харьков), Г.Я.Лернер (Тюмень), В.В.Суслов (Киев), Н.Т.Терехов (Киев), доценты К.Д.Панкратов (Иваново), В.Н.Скляр (Киев), Р.Ф.Ткачук (Тернополь). Я сознательно привел всех делегатов, принявших участие в обсуждении программы конференции, чтобы показать, насколько она была своевременна и актуальна. В докладах приводились неутешительные факты поздней госпитализации больных гидронефрозом и уретерогидронефрозом. Частота выполнения органоуносящих операций, включая повторную нефрэктомии после пластической операции, в те годы достигала 25—40%. Гидронефроз и уретерогидронефроз из-за длительной латентной фазы являются грозными заболеваниями, а лечение их у значительного числа пациентов заканчивается удалением почки.

Значение конференции по пластической урологии состоит в том, что был разработан алгоритм диагностики гидронефроза и уретерогидронефроза. Было отмечено, что успех диагностики и лечения гидронефроза и уретерогидронефроза в ближайшие годы будут определять:

— превентивное обследование населения с использованием ультразвуковых аппаратов;

— концентрация больных в специализированных центрах пластической урологии;

— расширение показаний к выполнению радикальных пластических операций;

— более широкое внедрение пластики с использованием сегмента кишки при обширной патологии мочеточника.

На конференцию было прислано большое число докладов. Все их вместить в программу не было возможности. Чтобы не обидеть авторов и поощрить их к дальнейшим научным исследованиям, а также показать, что их работы замечены, поручили профессору А.В.Терещенко сделать обобщающее резюме по всем докладам с упоминанием всех авторов. Участники конференции такую методику оценили и одобрили.

II Всесоюзный съезд урологов (Киев, 1978)

Докладывая министру здравоохранения Василию Дмитриевичу Братусю о работе I Всесоюзного съезда урологов в Баку, я сообщил ему о предложении академика Н.А.Лопаткина провести следующий Всесоюзный съезд урологов в 1978 году в Киеве.

В.Д.Братусь поддержал эту идею и добавил: в Украине нужно чаще проводить всесоюзные мероприятия, чтобы не оказаться провинцией Союза. Когда я ему сообщил, что группу ведущих урологов Союза принял первый секретарь ЦК Азербайджана Гейдар Алиев, а правительство устроило для делегатов съезда банкет, он даже усомнился, но пригласительный билет на банкет, убедил его, что это не моя шутка. «Такое в Украине невозможно». Эти слова он повторил дважды.

Вскоре Василия Дмитриевича освободили от должности министра здравоохранения Украины, причем внезапно и неожиданно для нас и сотрудников Минздрава, которые обычно все знают заранее. Он был очень обижен. Здравоохранение при нем успешно развивалось. Обида усиливалась тем, что ему не дали дослужить шесть месяцев до пенсии министра.

Поговаривали, что он стал жертвой аппаратных игр. Однако в то время произошли кадровые перестановки в самых высоких эшелонах власти в Украине, которые неизбежно сопровождались перемещением кадров уровнем ниже.

Конкретные вопросы, связанные с проведением II Всесоюзного съезда урологов в Киеве, я решал уже с министром здравоохранения Анатолием Ефимовичем Романенко.

Идею проведения Всесоюзного съезда урологов в 1978 году в Киеве он встретил положительно. В соответствии с письмом академика Н.А.Лопаткина, А.Е.Романенко оперативно решил все необходимые организационные вопросы в партийных и советских республиканских органах.

В начале лета 1976 года члены правления Всесоюзного научного общества урологов собрались в Киеве для обсуждения окончательного варианта программы съезда, определения программных докладчиков, а также финансового обеспечения съезда.

Члены правления Всесоюзного научного общества урологов избрали председателем оргкомитета съезда академика Н.А.Лопаткина, а меня — его заместителем. Поскольку съезд должен был состояться в Киеве, вся подготовительная и организационная работа легла на меня, сотрудников института, урологических клиник Киевского медицинского института и Института усовершенствования врачей. Заседание правления проходило на теплоходе «Ватутин». В течение четырех часов теплоход плыл по Днепру. Участники заседания, созерцая красоты Днепра и древнего Киева, работали над научной программой II съезда урологов СССР.

Были согласованы и приняты программные вопросы: аномалии почек и верхних мочевых путей (классификация, клиника, диагностика, лечение); опухоли паренхимы почек (этиология, патогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение взрослых и детей); новое в урологии (проблемы патогенеза урологических заболеваний, методы диагностики, консервативное и оперативное лечение).

На съезде предполагалось обсудить широкий круг вопросов современной урологии с привлечением ученых смежных специальностей.

На заседании правления академик Н.А.Лопаткин сообщил, что финансовая сторона предстоящего съезда полностью решена. Обсудили стоимость папки делегата и ее содержимого.

По моему предложению в папку делегата дополнительно включались: туристическая карта Киева, программы всех культурных мероприятий на неделю, проводимых в Киеве. Членов правления я познакомил с проектом приказа по институту о проведении II Всесоюзного съезда урологов.

В ближайшем номере журнала «Урология и нефрология» было опубликовано объявление о проведении II Всесоюзного съезда урологов в Киеве и его научная программа.

С научными сотрудниками нашего института я обсудил тематику докладов, с которыми они выступят на Всесоюзном съезде урологов.

Вскоре со всех концов страны поступило более 500 докладов. Оргкомитет отобрал 358 докладов для публикации в материалах.

От Украины принято 60 докладов, в том числе 36 от сотрудников института.

Чем ближе к съезду, тем больше было забот: сортировка присланных докладов, их редактирование, подготовка к печати, вычитывание гранок, приобретение папок, их наполнение, бронирование мест в гостиницах, аренда аудитории, закупка демонстрационной техники и многое другое. Заботу об устройстве иностранных гостей взял на себя «Интурист»...

Меня очень беспокоило торжественное открытие съезда. Я задался целью провести его в лучшем зале Киева и так, чтобы открытие II Всесоюзного съезда урологов запомнилось делегатам на всю жизнь.

Меня осенило провести его в Киевском театре оперы и балета. Оргкомитет закупил все 2 000 мест в театре (билеты положили в папку каждого делегата). Вместо спектакля просили администрацию театра дать делегатам съезда концерт ведущих солистов.

Администратор театра Арнольди предложил программу концерта. Мы ее не приняли и предложили свой вариант. Познакомившись с нашим предложением, администратор воскликнул: «Не припоминаю случая, чтобы в одном концерте приняло участие столько звезд! Я не могу обещать концерт с участием такого количества ведущих артистов театра. Кроме того, вы включили в программу артистов, которые ни за что не согласятся принять участие в одном концерте».

Мы сообщили, что получили согласие всех артистов участвовать в концерте по случаю открытия Всесоюзного съезда урологов в Киеве. Администрация должна взять на себя выполнение тех обязанностей, которые у них узаконены регламентом, а также обеспечить, как полагается, исполнение гимнов СССР и УССР.

За час до концерта мы проводим торжественное официальное открытие съезда. Заслушиваем доклад заместителя министра здравоохранения СССР. После небольшого перерыва начнется концерт.

Вроде все утрясли. Но я все-таки волновался. Ответственность большая. Гости со всех регионов страны и из-за рубежа. Артисты своеобразный народ... а вдруг!...

1 октября 1978 года в 18.00 на сцену Киевского театра оперы и балета вышли Анатолий Георгиевич Сафонов — зам. министра здравоохранения СССР, Анатолий Ефимович Романенко — министр здравоохранения Украины, и председатель правления Всесоюзного общества урологов академик Николай Алексеевич Лопаткин.

А.Г.Сафонов объявил о начале работы II Всесоюзного съезда урологов. Прозвучали гимны СССР и УССР. Члены президиума заняли места за столом президиума.

А.Г.Сафонов в течение 40 минут доложил об основных тенденциях развития урологической службы и науки в СССР между I и II Всесоюзными съездами (1972—1978 годы).

В то пятилетие урологическая наука и урологическая служба достигли многого в оказании специализированной урологической помощи населению нашей страны. В докладе нашлось несколько хороших слов в адрес института.

Торжественная часть закончена. Прозвучали гимны.

После перерыва начался концерт. Концерт произвел, я бы сказал, ошеломляющее впечатление на делегатов и многочисленных гостей съезда. В концерте приняли участие ведущие артисты Киевского театра оперы и балета им. Т.Г.Шевченко, в том числе Е.Мирошниченко, А.Соловьяненко, М.Стефьюк, Р.Майборода, З.Христин, В.Грицюк, В.Ковтун, Т.Таякина, А.Гавриленко, Р.Хилько, В.Федотов и другие.

В театре среди артистов возник большой интерес к концерту для урологов. Концерт длился более 3 часов и прошел с огромным успехом.

За кулисами для артистов был накрыт праздничный стол, за которым мы с Н.А.Лопаткиным поблагодарили артистов Киевского театра оперы и балета за прекрасный концерт. Николай Алексеевич в частности сказал:

— Имена многих артистов Киева, принимавших участие в концерте, я знал. Восхищался их искусством по радио и телевидению. Но восхищение, которое я испытал от живого общения с выдающимися мастерами искусства, не идет ни в какое сравнение. Акустическая техника и телевидение не в состоянии передать искусство актера, потому так прекрасно непосредственное общение с артистами.

В фойе стараниями комиссии по быту были организованы буфеты, в которых было все, чтобы радостно прошла встреча друзей, прибывших к нам в древний и неповторимо красивый в октябре Киев.

Начало было хорошим.

Завтра начинается деловая часть съезда в зале Дома партийного просвещения, на улице Владимирской, 46, недалеко от Золотых ворот. Как и прошлый раз, с арендой помещения нам помог В.М.Цыбулько, Первый секретарь Киевского обкома Компартии Украины. Узнав, что администрация Дома политпросвета запрашивает значительную сумму за аренду зала, он распорядился денег с нас не брать.

В вестибюлях Дома политпросвета была открыта книжная и аптечная торговля, торговля киевскими сувенирами, а также несколько буфетов.

В театрах и цирке открылись новые театральные сезоны, работали художественные выставки, музеи, в фойе работали театральные

кассы. Участникам и гостям съезда была предоставлена возможность ознакомиться с историческими достопримечательностями Киева: Подолом, старинными кварталами, историческими зданиями, соборами, монастырями, Печерской Лаврой, памятниками, посмотреть Киев со стороны Днепра, катаясь на прогулочных теплоходах. Специальная комиссия для желающих устраивала пешие прогулки по городу. Желающим была предоставлена возможность посетить клиники Института урологии и нефрологии.

Для иностранных гостей «Интуристом» предусматривалась дополнительная программа.

Женский комитет попросил мою жену Маргариту Валерьевну пригласить жен иностранных делегатов к нам домой. Нужно сказать, что наша квартира, хотя и расположена в доме Академии наук Украины, не соответствовала такому мероприятию. Она хоть и четырехкомнатная, но все комнаты небольшие. Жены иностранцев очень хотели побывать дома у кого-либо из советских профессоров. Женский комитет был настойчив и Маргарита Валерьевна уступила.

Она начала действовать по принципу старинной русской пословицы: «Красна изба не углами, а пирогами». С пирогами у нее все было в порядке.

За столом завязалась беседа о жизни, семьях, детях, их воспитании, о работе у них и у нас. Удивлялись жене профессора Циглера из Западной Германии, как она, маленькая, изящная женщина, врач-стоматолог, с приходящей домработницей управлялась с четырьмя детьми. Она поделилась своим опытом: главное было в том, что каждый ее ребенок имел совершенно конкретные обязанности по дому. Она лишь требовала их строго выполнения.

В процессе дегустации пирогов и тортов обсуждались различные рецепты их приготовления, записывались рецепты на память.

Три часа пролетели быстро. Гости благодарили хозяйку за теплый прием. О том, что наша квартира не соответствовала моему служебному положению, они умолчали, поскольку знали, что у нас в стране это в порядке вещей.

Научная программа съезда началась с обсуждения доклада заместителя министра здравоохранения СССР А.Г.Сафонова.

В обсуждении доклада приняли участие профессора Ю.А.Пытель, М.А.Заикина, В.С.Карпенко, Л.П.Павлова, Н.Е.Савченко, А.А.Ахунзянов, Ю.В.Тихомиров, кандидат медицинских наук М.Н.Пустьельник и др.

Из выступлений делегатов с мест следовало, что состояние урологической службы и специализированной помощи в различных регионах страны имеет свои особенности. Во многом они сводились

к недостаточному обеспечению коечным фондом и приемами в поликлиниках, нехватке врачебных кадров, низкому материально-техническому обеспечению, в том числе и медикаментами. Предполагалось создание и внедрение унифицированной истории болезни, которую можно было бы обрабатывать на ЭВМ.

Восемь докладов были посвящены классификациям заболеваний почек и верхних мочевых путей. Наиболее полной классификацией, с учетом ангиографических исследований аномалий почек и верхних мочевых органов, оказалась классификация академика Н.А. Лопаткина. Широкое развитие пластической и восстановительной урологии обуславливает необходимость более сдержанного отношения к нефрэктомии, особенно в детском возрасте, когда регенераторные возможности организма высоки.

Значительное место в научной программе съезда заняла проблема опухолей паренхимы почки. Многие онкологи и морфологи полагают, что в этиологии и патогенезе опухолей почек имеют значение эндогенные и экзогенные факторы, а также химические канцерогены.

В отношении почки сохраняется представление о предраке, а значит, возможность его гигиенической и клинической профилактики.

Съезд подтвердил целесообразность использования международной классификации опухолей почек TNM, рекомендованной Протоваковым союзом.

Независимо от гистологической структуры опухоль почки следует трактовать как рак и производить радикальную нефрэктомию.

Морфологическая классификация рака почки представлена четырьмя основными типами, в зависимости от гистологического строения: светлоклеточный, зернистоклеточный, веретено-полиморфноклеточный (саркомоподобный), железистый. Выявление хотя бы одного из симптомов — показание для проведения комплексного урологического обследования: анализ крови, мочи, ультразвуковое обследование, экскреторная урография, компьютерная томография.

Основным методом лечения опухолей паренхимы почек остается хирургический — радикальная нефрэктомия в стадиях T1—T2—T3. Одиночные метастазы доступные удалению, не являются противопоказанием к выполнению нефрэктомии. Во вторую очередь удаляют метастазы.

Выбор оперативного доступа определяется локализацией опухоли в почке и наличием регионарных метастазов.

Лекарственная и гормональная терапия рака почки себя не оправдали из-за малой чувствительности к ним опухолевых клеток, за исключением опухоли Вильмса у детей.

Несколько докладов были посвящены опухолям почек у детей. Докладчики подытожили состояние этой проблемы в стране, но ничего нового не предложили.

Наиболее сложно проанализировать и систематизировать доклады, представленные в разделе «Новое в урологии». Доклады свидетельствуют, что урологи Союза, совместно со смежными специалистами, иммунологами, биохимиками, рентгенологами, радиологами проводят широкий научный поиск в урологии и смежных областях.

В диагностике урологических заболеваний начинают применять ЭВМ-обработку клинического и статистического материала. Ряд работ посвящены верификации клинического материала по результатам радиологических, электрофизиологических и ультразвуковых исследований. Некоторые авторы делились опытом применения электростимуляции, местной вибрации, иглипунктуры, электропунктуры при урологических заболеваниях, но отдаленные результаты не были представлены.

Мною был подготовлен проект рекомендаций съезда по аномалиям почек и верхних мочевых органов, который после обсуждения комиссией съезда, доработки и внесения некоторых дополнений был принят.

Комиссия исключила из рекомендаций съезда мое предложение о пластике мочеточников с использованием сегмента кишки под предлогом сложности операции. Рекомендации съезда составлялись для всех регионов Союза, в которых уровень развития урологии был разным.

В рекомендациях съезда предлагалось оперировать больных с аномалиями почек и мочеточников в урологических отделениях областных и городских больниц. Это было правильно для большинства регионов России и других республик.

В Украине мы ушли вперед, стали концентрировать больных с врожденной патологией мочеполовых органов в 4—5 специализированных урологических центрах, где были созданы оптимальные условия для лечения наиболее сложных больных.

Съезд констатировал, что в применении современных медицинских технологий исследования и лечения отечественная урология отстает от западных стран. Советская промышленность не выпускает современной урологической аппаратуры. Для закупки ее на Западе не выделяется валюта. В связи с этим на съезде высказывалось мнение о сокращении объема научных исследований, сосредоточении их в специализированных центрах и за этот счет возможности обеспечить наиболее перспективные и высокотехнологические научные

направления с выходом на мировой уровень. Такая точка зрения не получила одобрения делегатов.

II Всесоюзный съезд прошел успешно. На съезде был избран пленум Всесоюзного научного общества урологов в составе 70 человек. Председателем правления избран академик Н.А.Лопаткин, его заместителями — профессора М.Д.Джавад-заде, В.С.Карпенко, Ю.А.Пытель и И.П.Шевцов.

Значение II Всесоюзного съезда урологов для развития урологии страны состояло в том, что на нем были сформулированы основные тенденции развития урологической службы в стране. Прослеживалось два пути развития.

Первый — повсеместная организация в стране межрайонных урологических отделений и кабинетов в поликлиниках, что приближало специализированную урологическую помощь к сельскому населению.

Второй — организация крупных урологических отделений в республиканских, краевых, областных центрах, где бы местному населению можно было оказывать все виды специализированной урологической помощи.

Среди докладчиков появилось много новых имен, из числа руководителей кафедр в мединститутах и курсов урологии, а также урологических отделений, в практическом здравоохранении.

Оправдал себя выбор научной тематики съезда. Врожденные пороки почек и верхних мочевых путей касаются детей и взрослых, обуславливают высокую инвалидность. Наметившийся прогресс в диагностике врожденных болезней мочевых органов обеспечивает их более раннее выявление и своевременное лечение. Поэтому разработка единой классификации врожденных пороков, алгоритма диагностики и выбор единой лечебной тактики оправданы. Они направлены на повышение эффективности лечения и качества жизни пациентов.

Министр здравоохранения СССР Б.В.Петровский объявил благодарность сотрудникам института за хорошую организацию и успешное проведение II Всесоюзного съезда урологов СССР.

III Съезд урологов Украины (Днепропетровск, 1980)

На очередном заседании правления научного общества урологов была утверждена программа III съезда урологов Украины.

1. Амбулаторно-поликлиническая урологическая помощь.
2. Неотложная урологическая помощь.

3. Двусторонняя урологическая патология почек и верхних мочевыводящих путей.

По предложению профессора А.В.Люлько правление Научного общества урологов Украины приняло решение провести III съезд урологов Украины в Днепропетровске 30 сентября — 2 октября 1980 года.

Оргкомитет состоял из сотрудников урологических учреждений Днепропетровска. Председателем оргкомитета избран профессор В.С.Карпенко, заместителем председателя — профессор А.В.Люлько.

Согласование всех вопросов съезда с высшими партийными и государственными органами, сбор и рецензирование статей, получение разрешения на печатание материалов и подготовку проекта рекомендаций я взял на себя, в Киеве это сделать было легче.

Коллектив урологов Днепропетровска под руководством профессора А.В.Люлько проделал огромную подготовительную работу по встрече, размещению и регистрации делегатов и гостей, подготовке аудитории и демонстрационной техники.

Съезд начал работу в намеченное время в студенческом клубе, в парковой зоне Днепропетровска.

В работе съезда приняли участие 718 делегатов — урологов Украины и 156 гостей из всех республик СССР.

Съезд открыл и принял участие в его работе министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко, присутствовал также академик Н.А.Лопаткин, что повысило авторитет съезда и принятых рекомендаций.

Во вступительном слове министр здравоохранения Украины отметил, что планирование и развитие специализированной медицинской помощи населению в республике проводится своевременно, с учетом количества населения в регионе, распространенности патологии и возможностей органов здравоохранения. Министр считает, что дальнейшее повышение качества лечебно-профилактической помощи населению заключается в ее специализации. Укрепление сети урологических стационаров позволило улучшить качество специализированной помощи населению, но эта работа в регионах проведена неравномерно.

Урологические болезни поражают все возрастные группы населения. Частота урологических заболеваний у женщин в 1,2 раза выше, чем у мужчин, но смертность у мужчин в 3 раза выше за счет рака предстательной железы.

Уровень урологических болезней у сельского населения выше, чем у городского. Сопоставление показателей заболеваемости жите-

лей села свидетельствует о неравномерности обеспечения стационарной помощью и запоздалой госпитализации.

Министр обратил внимание на нерациональное использование специализированных урологических отделений, некачественное обследование больных в поликлиниках и недостаточную преемственность в работе поликлиник и стационаров. Он рекомендовал совершенствовать подготовку практических урологов и готовить урологов высшей квалификации в Институте урологии и на кафедрах урологии мединституты.

В основных программных докладах и выступлениях делегатов с мест отмечено некоторое улучшение диагностики и лечения воспалительных урологических заболеваний, мочекаменной болезни, заболеваний предстательной железы. Несмотря на некоторое улучшение урологической помощи в городах, сельскому населению она менее доступна. Среди уроонкологических больных с впервые установленным диагнозом высок удельный вес четвертой клинической группы. Наблюдается поздняя выявляемость уротуберкулеза, а также недостаточная продолжительность консервативного лечения таких больных в стационаре.

Делегаты съезда отмечали, что недостатки в работе амбулаторно-поликлинической службы обусловлены административными просчетами. Амбулаторные врачи получают меньшую плату за свой труд и на 6 дней меньше отпуск, чем врачи стационара. Это одна из основных причин недоукомплектованности урологических кабинетов поликлиник, поэтому многие врачи работают по совместительству и на полставки, не имея времени заниматься диспансеризацией больных. Расширение амбулаторно-поликлинической сети в большинстве регионов республики не сказалось на результатах обслуживания больных. По мнению урологов поликлинических кабинетов, недостаток выделяемых средств (на одного больного 5 копеек) не позволяет проводить рентгенологические исследования, отсутствие цистоскопов ограничивает цистоскопию. Из-за нехватки перчаток и резиновых напальчиков не всем пациентам-мужчинам производят пальцевое исследование предстательной железы. На экскреторную урографию приходится направлять больных в стационар, что повышает стоимость исследования в 3—4 раза. Стараясь уменьшить стоимость исследования, рентгенологи отступают от принятых методик. Это снижает диагностическую ценность урографии, возникает потребность в проведении повторных исследований.

Делегаты из промышленных регионов Украины говорили, что не дефицит коек, кабинетов и врачей отрицательно влияет на качество амбулаторно-поликлинической помощи населению, а слабое материально-техническое обеспечение, перебои в снабжении рентгенпленками, контрастными веществами, медикаментами. По этим причинам поликлинические кабинеты не стали функционально-диагностическими центрами. Делегаты предлагали выделять средства не на койку, а на больного, где бы его не обследовали и лечили. Такая практика позволила бы увеличить число больных, полностью обследованных в поликлинике, предоперационный койко-день снизился бы до 1—2 дней. Урологическая койка использовалась бы более рационально.

Недостаточно детских урологических приемов. Кроме того, в масштабе Союза не решен вопрос о том, включать в систему педиатрической или урологической службы детские урологические отделения. В Украине имеются самостоятельные детские урологические отделения и детские урологические койки в составе урологических отделений для взрослых. Такая практика обусловлена местными особенностями и наличием специалистов.

В обсуждении первого доклада приняли участие 33 человека, в том числе гости — профессора А.Г.Пугачев и соавторы (Москва), С.Я.Долецкий и соавторы (Москва), Н.Е.Савченко и соавторы (Минск), В.А.Мохорт и соавторы (Минск), С.А.Исраилов (Баку) и др.

В.С.Карпенко выступил с докладом «Неотложная урологическая помощь». В докладе было отмечено, что 50% пациентов поступают в стационары в неотложном порядке по поводу почечной колики, острой задержки мочи, острых воспалительных заболеваний и травматических повреждений. Почти всем им своевременно оказана неотложная консервативная и оперативная помощь.

В 1980-е годы, по сравнению с 1960-ми, по данным микробиологов института, установлены изменения возбудителей инфекции мочевых путей. Частота выявления кишечной палочки снизилась с 60—80 до 25—30%. Параллельно увеличилось количество ассоциаций микроорганизмов: клебсиеллы, синегнойной палочки, энтерококков, цитробактера, энтеробактера, которые обуславливают стертые и атипичные формы пиелонефрита, цистита, простатита.

Произошла селекция микроорганизмов, устойчивых к антибактериальным препаратам. Острый пиелонефрит чаще протекает с признаками общей интоксикации, бактериального шока и острой почечной недостаточности. При этом начальная лабораторно-рентгенологическая диагностика затруднена. В выборе схемы лечения необходимо руководствоваться показателями тяжести клинического течения, назначать 2—3 антибиотика широкого спектра действия.

В программном докладе и выступлениях делегатов с мест подчеркивалась неэффективность антибактериальной терапии пиелонефрита при нарушении уродинамики. Консервативная терапия рассматривается как дополнительный метод после выполнения операции. Основной принцип лечебно-диагностической тактики при острых воспалительных заболеваниях состоит в том, чтобы уберечь больного от заражения госпитальной инфекцией, сократить эндоевизикальные исследования.

Оправдало себя осуществление неотложных операций по поводу острого обструктивного пиелонефрита, анурии, острой задержки мочи, острого орхоэпидидимита.

При необструктивном гематогенном остром пиелонефрите прогноз значительно хуже, поскольку воспалительный процесс, как правило, двусторонний, поэтому нужно очень точно планировать хирургическую тактику лечения.

Во всех ситуациях операцию следует дополнять интенсивной внутривенной и антибактериальной терапией, обязательно с учетом чувствительности инфекции.

При карбункуле почки оправдано рассечение или иссечение очага с дренированием почки при нарушении уродинамики.

Делегаты делились опытом выполнения неотложной аденомэктомии как одного из методов эффективной профилактики госпитальной инфекции.

Делегаты, выступавшие по проблемам повреждения мочеполовых органов, отмечали, что при комбинированной травме наряду с повреждением почек, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала стало чаще наблюдаться повреждение органов брюшной полости и костей таза. Частота травматического повреждения мочеполовых органов увеличилась в основном из-за дорожно-транспортного травматизма.

Недостатком в оказании неотложной урологической помощи пострадавшим, по мнению специалистов, является их госпитализация в ближайшую больницу, где не всегда возможно оказать квалифицированную урологическую помощь. Дежурные врачи в первую очередь предпринимают меры по устранению шока, повреждения органов брюшной полости и просматривают повреждение почек, мочевого пузыря, мочевые затеки, урогематомы, которые значительно осложняют течение, лечение и прогноз травматической болезни.

В прениях по докладу выступили 27 делегатов. Они поделились опытом оказания неотложной урологической помощи населению, внесли целый ряд предложений, направленных на снижение инвалидизации этой категории пострадавших, а также их реабилитацию.

По данным Киевского НИИ урологии и нефрологии, в 1979 году в стационарах Украины лечили 16% пациентов с двусторонними

урологическими заболеваниями (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефроз, уретерогидронефроз, поликистоз, ретроперитонеальный фиброз и др.).

В течение длительного времени некоторые двусторонние заболевания протекают латентно. Новое качество болезнь приобретает, когда к предрасполагающим врожденным причинам присоединяются осложнения. В докладе представлен алгоритм диагностики двусторонних заболеваний почек и мочеточников, изложены принципы оперативного и консервативного лечения больных.

В дополнение к основному докладу по проблеме двусторонних заболеваний почек и мочевых путей выступили 55 профессоров, доцентов и ведущих урологов из Москвы, Ленинграда, Харькова, Симферополя, Днепропетровска, Львова, Черновцов, Донецка, Минска, Запорожья, Хабаровска, Баку, Винницы, Луганска, Алма-Аты и Днепродзержинска.

Докладчики глубоко и на современном уровне обсудили проблемы двусторонних заболеваний почек и мочевых органов. Уточнили вопросы этиологии, патогенеза, методы обезболивания, интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде. Изложили оправдавшие себя принципы оперативного лечения двусторонних заболеваний, уточнили объем и очередность выполнения оперативного вмешательства, включая билатеральную нефрэктомия при пересадке почки.

Объектом исследования были течение двусторонних заболеваний почек, лекарственная аллергия, функция печени, влияние сахарного диабета.

Четыре доклада были посвящены проблемам детской урологии: двустороннему гидронефрозу, пузырно-мочеточниковому рефлюксу, клапанам задней уретры, двустороннему мегауретеру у новорожденных и детей грудного возраста.

Съезд дал подробные рекомендации по комплексной урологической диагностике в неотложных ситуациях, особенно при двусторонних заболеваниях почек. Уточнены показания и противопоказания к выполнению пластических, восстановительных и органоуносящих операций. В рекомендациях съезда высказаны замечания относительно недостаточной эффективности некоторых оперативных методов вмешательств, не оправдавших себя при оказании неотложной и плановой урологической помощи населению.

Делегаты съезда в очередной раз обратились к руководству Минздрава УССР и СССР с просьбой об улучшении материального снабжения лечебных учреждений.

Съезд рекомендовал Республиканской проблемной комиссии «Урология и нефрология» планировать целевые научные программы по наиболее актуальным проблемам урологии.

На организационном заседании, которое вел министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко, были заслушаны: отчет правления Научного общества урологов Украины (профессор В.С.Карпенко), отчет казначей общества (профессор В.С.Гагаринов), отчет ревизионной комиссии (профессор И.Ф.Юнда), отчет о работе межведомственного сборника «Урология» (секретарь редакционной коллегии И.С.Камышан).

Проведены выборы руководящих органов Научного общества урологов Украины.

Пленум Научного общества урологов Украины избрал правление в составе:

В.С.Карпенко (Киев) — председатель, В.И.Шаповал (Харьков) — зам. председателя, А.В.Люлько (Днепропетровск) — зам. председателя, И.А.Клименко (Киев) — казначей, Л.П.Павлова (Киев) — секретарь.

Члены правления Научного общества урологов Украины:

К.А.Великанов (Одесса), А.Ф.Возианов (Киев), Б.С.Гехман (Киев), Ю.Г.Единый (Киев), Н.Д.Зайченко (Киев), П.С.Серняк (Донецк), Р.Ф.Ткачук (Тернополь), П.М.Федорченко (Киев).

Члены пленума:

Ю.С.Абраменко (Сумы), А.С.Анохин (Днепропетровск), М.Ф.Агеев (Кировоград), Е.Я.Баран (Киев), Ц.К.Боржиевский (Львов), И.И.Бончук (Кременчуг), И.П.Бондарь (Хмельницкий), А.П.Вайнер (Севастополь), М.И.Гойхберг (Киев), М.А.Гончар (Запорожье), Ф.А.Клепиков (Харьков), В.О.Кравчук (Луцк), И.А.Ковальчук (Ужгород), В.Г.Князев (Николаев), А.И.Левицкий (Черновцы), В.И.Марцынюк (Чернигов), А.С.Переверзев (Киев), М.И.Пустыльник (Черкассы), В.Р.Пипенин (Луганск), А.З.Пархомчук (Полтава), П.Г.Петлеваний (Николаев), А.А.Полегкая (Ивано-Франковск), Б.В.Повх (Львов), И.М.Рыбинник (Винница), П.Е.Снопков (Кривой Рог), М.М.Симанив (Ровно), А.В.Терещенко (Киев), В.С.Тхоренко (Луганск), Ф.Л.Фиксман (Херсон), Д.В.Хробуст (Житомир), Л.В.Штанько (Киев), Э.М.Шимжук (Симферополь), И.Ф.Юнда (Киев).

Члены ревизионной комиссии:

В.С.Дзюрак (Киев), В.В.Жила (Киев), В.Н.Скляр (Киев).

Почетным членом Научного общества урологов Украины избран профессор Михаил Александрович Гришин (Луганск).

Недостатком ведения съезда была перегруженность заседаний, недостаточно времени оставалось для обсуждения докладов.

Профессор А.В.Люлько и члены оргкомитета хорошо организовали работу съезда, а также культурную программу для делегатов и гостей, которые смогли осмотреть достопримечательности Днепропетровска и его окрестностей.

VI Пленум Научного общества урологов Украины, посвященный памяти профессора К.Т.Овнатяна (Донецк, 1982)

Научная программа VI пленума:

1. Жизнь и творческий путь заслуженного деятеля науки УССР доктора медицинских наук профессора Каро Томасовича Овнатяна (к 80-летию со дня рождения) — докладчик профессор Л.Г.Завгородний.

2. Экономическая эффективность научных разработок в урологической практике — докладчики В.С.Карпенко, Л.П.Павлова.

3. Показания к нефрэктомии при двусторонних заболеваниях почек — докладчики В.С.Карпенко, А.С.Переверзев

4. Опухоли яичка — докладчик В.С.Сакало.

Профессор Л.Г.Завгородний рассказал о жизненном и творческом пути профессора К.Т.Овнатяна. Его именем названа кафедра факультетской хирургии Донецкого медицинского института, которой он заведовал 17 лет, и одна из улиц в Донецке. Жизненным кредо профессора К.Т.Овнатяна было: «Спешите делать добро».

Родился К.Т.Овнатян в октябре 1902 года в семье рабочего-нефтяника. Будучи от природы одаренным мальчиком, обладая музыкальными способностями, в юношеские годы он работал скрипачом и дирижером в музыкальных коллективах, помогая родителям содержать семью.

Интерес к медицине привел молодого Каро Томасовича в Бакинский медицинский институт. По окончании института он под руководством профессора Б.К.Финкильштейна, ученика профессора С.П.Федорова, стал доктором медицинских наук. Хирургическое становление К.Т.Овнатяна проходило в Баку, в клинике академика Мир-Касимова и во Владикавказском медицинском институте, в котором он заведовал кафедрой общей хирургии.

Звездный час Каро Томасовича Овнатяна — это период работы в Донбассе.

Он создал многопрофильную хирургическую клинику на 220 коек. Основными направлениями его научных исследований были: аскаридоз в хирургии, патология печени и желчевыводящих путей,

заболевания селезенки, пищевода, диафрагмы, сердца и сосудов, анестезиология. Он активно занимался проблемами гиперплазии предстательной железы, мочекаменной болезни, опухолей мочевого пузыря, конструированием хирургических инструментов, разработкой хирургических доступов.

Профессор К.Т.Овнатян — автор 6 монографий, 269 научных работ, под его руководством выполнены 33 кандидатских и 6 докторских диссертаций.

Его ученики в Донецке заведуют кафедрами хирургии: Л.Г.Завгородний, П.С.Серняк И.В. Мухин, А.Ф.Греджев, Л.Тараненко; кафедрами анестезиологии: Р.И.Новикова, К.З.Глухова; В.С. Карпенко руководит Киевским НИИ урологии и нефрологии. Успешно работают доцент В.М.Кравец, доктор мед. наук Я.Г.Колкин и др.

На пленуме урологов впервые в урологической практике Советского Союза был поставлен на обсуждение вопрос об экономических проблемах лечения урологических заболеваний.

В Институте урологии, на кафедрах, курсах урологии велись многоплановые научные разработки, с привлечением практических врачей. Выполнено много кандидатских и докторских диссертаций, работы требовалось закончить оформлением патентов. В повестке дня всех урологических форумов был пункт «Новое в урологии», иначе говоря, в предыдущие годы урологи пересматривали методы и схемы диагностики и лечения наиболее распространенных урологических заболеваний.

Судя по статистическим разработкам, все это положительно сказалось на результатах лечения урологических больных: уменьшалась частота расхождения пред- и послеоперационного диагноза, операционных и послеоперационных осложнений, сократилась продолжительность лечения больных в стационаре, улучшилось качество жизни оперированных пациентов.

Вполне естественно было задать вопрос, а как это сказалось на экономических результатах лечения наиболее распространенных урологических заболеваний.

В работе пленума приняли участие, к сожалению, только клиницисты. Финансисты, экономисты и администраторы больниц отказались от участия в работе пленума, поскольку не вели учета и анализа экономической эффективности лечебного процесса в стационарах и поликлиниках и тем более экономической эффективности нововведений. Главные врачи лечебных учреждений и экономисты в основном следили за правильным расходованием средств, выделенных из государственного бюджета.

Правление общества урологов решило провести пленум с обсуждением экономических проблем лечебно-диагностического процесса в урологии. Повестка пленума вызвала широкий интерес среди урологов Союза. На пленум приехали ведущие урологи Москвы, Ленинграда, Ташкента, Минска, Тбилиси, Ростова-на-Дону, Ярославля, Саранска и др. По этой проблеме выступил 51 докладчик и 12 урологов приняли участие в дискуссии.

Сразу замечу, что глубокий анализ экономических проблем в урологической службе не был проведен. Урологи коснулись сугубо лечебно-диагностических проблем экономики, то есть влияния новых методов диагностики и лечения на продолжительность лечения и качество жизни пациентов. Затраты из бюджета на содержание помещений, а также отопление, водоснабжение, содержание административно-хозяйственного персонала, отчисления из фонда зарплаты и т.д. нами не обсуждались.

Но и те вопросы, которые мы обговаривали, в какой-то мере несли экономическую направленность. Я приведу некоторые примеры из практики института и практики выступавших гостей.

В 1970-е годы Министерство здравоохранения Украины и Главный уролог провели работу с урологами всех уровней по ограничению показаний к выполнению двухмоментной и расширению показаний к осуществлению одномоментной аденомэктомии. Если в 1960-е годы двухмоментную аденомэктомию выполняли у 80% больных, а одномоментную — у 20%, то в конце 1970-х — начале 1980-х годов — наоборот. Это значит, что продолжительность лечения с (62 ± 12) дней — при двухмоментной аденомэктомии сократилась до $(16 \pm 2,6)$ дня — при одномоментной операции, а при неотложной аденомэктомии — до (12 ± 2) дня. Если взять только одну цифру — стоимость одного дня пребывания больного в урологическом отделении городской больницы — 9 рублей, в областной больнице — 13 рублей, то перерасчеты на длительность оперативного лечения 9 006 больных в год (в 1976 году) и 13 545 больных (в 1986 году) свидетельствуют о колоссальной экономии бюджетных средств. Экономическая целесообразность одномоментной аденомэктомии была показана в докладах В.С.Карпенко (Киев), П.С.Серняка (Донецк), И.М.Рыбинника (Винница), П.Е.Снопкова (Кривой Рог), А.З.Пархомчука (Полтава), А.Я.Крахмаль (Черкасская область). На пленуме были показаны преимущества выполнения неотложной аденомэктомии. Предоперационный койко-день составлял 0—1 день. В стационаре больной находился всего (12 ± 2) дня. При этом снизилась частота возникновения послеоперационного цистита и пиелонефрита. Послеоперационная смертность не превышала 1%.

В Украине развитие такого прогрессивного метода лечения как трансуретральная резекция аденомы предстательной железы сдерживалось из-за отсутствия резектоскопов. Н.А.Лопаткин (Москва) и А.М.Новиков (Одесса) сообщили, что при трансуретральной резекции предстательной железы продолжительность лечения больного в стационаре сокращается до 3—5 дней.

Наша медицинская промышленность не смогла освоить выпуск резектоскопов. За рубежом они стоили 8 000 долларов США, при соотношении в те годы 60 копеек за один доллар — цена была небольшая. Затраты на 10—20 резектоскопов окупались бы менее чем за год, учитывая разницу в длительности лечения пациентов в стационаре и стоимость одного дня их содержания в больнице.

Финансовые чиновники на все наши доводы отвечали: нет валюты, а наши доводы в расчет не принимали.

Как показывала практика, экономить можно было на многом с выгодой для лечения. Пример. Выше мы показали экономическую целесообразность выполнения одномоментной аденомэктомии с наложением глухого шва мочевого пузыря. Если на мочевой пузырь накладывать узловые швы с использованием дорогостоящей кетгуттовой нити, ее необходимо 2,5—3 метра; если использовать непрерывный узловой шов — ее требуется всего 1—1,2 метра. Разница при выполнении одной операции составляла 1—1,5 метра кетгута, а самым главным было повышение герметичности и качества шва мочевого пузыря. Второй пример. Внедрение во время выполнения операции электрокоагуляции кровоточащих кровеносных сосудов в ране сокращает продолжительность операции, экономит перевязочный материал, сохраняет кровь больного, что оказывает положительное влияние на течение послеоперационного периода и сроки выздоровления пациентов.

Разработка алгоритма диагностики урологических заболеваний также способствует экономии средств, поскольку позволяет определить объем исследований у каждого конкретного больного.

К.А.Великанов и соавторы доложили об экономической эффективности реабилитационных и реанимационных мероприятий, а также об экономической целесообразности выполнения одномоментных операций, которые ранее осуществляли в несколько этапов.

5. Доклад о показаниях к выполнению нефрэктомии при двусторонних заболеваниях почек сделал А.С.Переверзев.

Незадолго до пленума сотрудники института проанализировали 1 500 историй болезни из всех лечебных учреждений Украины, где выполняли нефрэктомию. Мы получили уникальный материал для анализа и научного обобщения.

В частности было установлено, что в урологической практике у 22% пациентов выявляют двусторонние заболевания почек с симметричным или асимметричным снижением функции, вплоть до ее отсутствия в одной из них.

В докладе научно обоснованы показания к выполнению нефрэктомии при заболеваниях обеих почек. Т.К.Кульчицкая и С.Г.Распутняк доложили о новом понятии «постнефрэктомический синдром», который возникает после осуществления нефрэктомии и требует внимания амбулаторного уролога. В докладе изложен патогенез постнефрэктомического синдрома, даны рекомендации для профилактики и лечения больных.

Ф.А.Клепиков и соавторы наблюдали больных с постнефрэктомическим синдромом и в амбулатории.

К сожалению, термин «постнефрэктомический синдром» пока в урологической практике не прижился, в отличие от хирургии, где широко применяют термины: постхолецистэктомический синдром, постгастрэктомический синдром, пострезекционный синдром (болезнь оперированного желудка). Термин постнефрэктомический синдром многое объясняет в диспансерном наблюдении, определении трудоспособности пациентов с единственной почкой.

6. В программах украинских урологических форумов проблема опухолей яичка ранее не обсуждалась. По этому вопросу с докладом выступил В.С.Сакало. Автор сообщил, что опухолями яичка понемногу занимаются все урологи, поэтому результаты лечения удовлетворительными назвать нельзя. Опухоли яичка бывают герминативные (из семенного эпителия) и негерминативные, исходящие из стромы яичка, но, как правило, они бывают смешанными и метастазируют по лимфатическим путям. При обсуждении вопроса выяснилось, что в Украине больных с опухолями яичка немного, поэтому принято решение сосредоточить лечение всех больных в клинике онкологии института, где этой проблемой В.С.Сакало занимается целенаправленно, профессионально, с учетом морфологии и химиотерапии. В последующем В.С.Сакало обобщил результаты своих исследований в докторской диссертации.

Научно-практическое значение VI пленума Научного общества урологов Украины состояло в разработке качественных показателей всех звеньев урологической сети; мероприятий по оптимизации лечебно-диагностического процесса, сокращению продолжительности госпитализации больных за счет внедрения современных диагностических аппаратов, разработки и внедрения радикальных хирургических технологий. Пленум указал пути развития медицинской и

социальной реабилитации пациентов с заболеваниями почек и опухолью яичка.

Делегаты VI пленума рекомендовали правлению общества привлечь экономистов к разработке экономических проблем лечебно-диагностического процесса в урологических стационарах и поликлинике.

Правление общества благодарило коллектив урологической клиники Донецкого медицинского института за хорошую организацию заседаний пленума, предоставленную возможность посетить шахту им.Калинина, познакомиться с достопримечательностями Донецка, провести выходные на берегу Азовского моря.

IV Съезд урологов Украины (Киев, 1985)

В Минздраве Украины считали, что к 1985 году в республике урологическая служба была в основном сформирована и соответствовала нормативам Всемирной Организации Здравоохранения.

Только в системе органов здравоохранения было развернуто 8 864 урологических коек (обеспеченность населения 1,8). В Украине работали 1 527 врачей-урологов, в том числе высшей категории — 198, первой — 403, второй — 405.

В поликлиниках и амбулаториях работали 757 урологических кабинетов. Нагрузка на один урологический кабинет составила 64 700 жителей. Это соответствовало нормам. На конец года на диспансерном учете состояло 23 158 взрослых и детей. Продолжительность лечения на больничной койке составила в среднем 14,5 дня, оборот койки достигал 24 в год. Повышение квалификации урологов проходило равномерно по плану. Только в 1985 году учебой были охвачены 311 урологов, в том числе 169 специалистов подготовлены в Киевском институте урологии и нефрологии.

Приведенные цифры свидетельствовали, что в Украине урологическая помощь населению стала более доступной. Лечение в поликлиниках и 148 урологических отделениях Украины проходило без перебоев с участием квалифицированного персонала.

В этом немалая заслуга Минздрава Украины, головного института, Республиканской проблемной комиссии «Урология и нефрология», научного общества урологов Украины — съездов, пленумов, конференций, симпозиумов, на которых обсуждались актуальные вопросы развития урологической службы, повышения квалификации урологов, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний почек и мочеполовых органов у взрослых и детей.

На ежегодных семинарах главных урологов областей обсуждались качественные показатели работы службы за истекший год. Республиканская проблемная комиссия «Урология и нефрология» и правление общества урологов рекомендовали перенести акценты на качественную оценку показателей урологической помощи населению, диспансеризацию, профилактику и лечение осложнений.

С учетом указанных пожеланий правление научного общества урологов Украины утвердило научную программу IV съезда урологов Украины.

1. Диспансеризация в урологии — организационные принципы, эффективность, пути совершенствования — докладчик Л.П.Павлова.

2. Гидронефроз — клиника, диагностика, лечение — докладчик В.С.Карпенко.

3. Мочевые свищи — диагностика, лечение, профилактика — докладчик А.В.Люлько.

4. Новое в урологии.

Новые тенденции в диспансеризации урологических больных в полном объеме фактически никогда не обсуждалась на урологических форумах. Урологические учреждения и урологи были загружены лечебной работой, поэтому диспансеризации уделяли мало внимания. Теперь же, когда урологическая служба приблизилась к нормативным показателям, нужно ставить вопросы диспансеризации, тем более, что в нашем институте была проделана огромная подготовительная работа.

Проблемы пластической урологии в 1970-е и 1980-е годы не сходили с повестки дня международных урологических конгрессов. В те годы усовершенствовались аппаратные методы диагностики, появились хорошие инструменты и шовный материал. Расширились возможности пластических операций при врожденных пороках различных органов, в том числе мочеполовых. В системе здравоохранения создавались центры, в которых концентрировались больные для проведения сложных пластических операций. С позиций новых возможностей хирурги-урологи пересматривали прежний опыт пластических урологических операций, внедряли новые технологии операций, от многоэтапных операций переходили к одноэтапным, увеличилось количество вмешательств на кровеносных сосудах почек, внедрялась аутотрансплантация почек и экстракорпоральные операции на почках, расширялись показания к осуществлению кишечной пластики при мегауретере, внедрялась трансуретральная резекция по поводу предстательной железы и папилломы мочевого пузыря, вносились изменения в технику выполнения ранее существовавших операций. Это было требованием времени и соответствова-

ло новым возможностям урологии. Ранее при гидронефрозе около 50% операций заканчивались удалением почки. Больных с единственной почкой лишь условно можно назвать здоровыми.

Дискуссия по гидронефрозу, проведенная журналом «Урология и нефрология» в 1969 году, показала, что эта проблема у нас разрабатывалась недостаточно. Чтобы привлечь внимание отечественных урологов, я сознательно включал в повестку дня конференций и съездов вопросы о гидронефрозе, поскольку видел в этом один из путей снижения частоты выполнения нефрэктомий. Это же сделал академик Н.А.Лопаткин, включив в повестку дня II Всесоюзного съезда урологов проблему аномалий почек и верхних мочевых путей. Прошло 16 лет интенсивной работы в развитии пластической урологии.

Ко времени IV съезда урологов руководимая мной клиника располагала опытом лечения 988 больных гидронефрозом, им произведено 746 в основном радикальных пластических операций. В 1985 году это был один из самых больших, если не самый большой, клинический материал по гидронефрозу у нас в стране и не только. Коллектив вышел на мировой уровень изучения этиологии, патогенеза, диагностики и оперативного лечения гидронефроза, что неоднократно подтверждали иностранные гости, посещавшие институт.

Третий программный вопрос — мочевого свищ. Расширение оперативных методов лечения в урологии, гинекологии, акушерстве, онкологии и хирургии стало причиной увеличения частоты образования мочевого свища. Мочевой свищ не всегда является следствием осложнения операции. Стремление хирурга, особенно в травматологии, онкологии и онкогинекологии, радикально выполнить операцию связано с необходимостью рассечения или иссечения стенки мочевых органов.

Мы считали нужным на IV съезде урологов обсудить проблему мочевого свища. Некоторые клиники достигли высокого совершенства в лечении этой патологии. Их опыт необходимо было популяризировать, а также создавать на их базе специальные центры для оказания высококвалифицированной помощи больным.

Четвертый вопрос — новое в урологии — традиционный для урологических форумов. Не всегда авторы докладывали действительно новое, поскольку новое необходимо было защитить авторским свидетельством и патентом. Однако просматривая материалы съездов, спустя годы, я вижу, что многие вопросы были новыми для того времени. Сравнивая программы зарубежных урологических конгрессов, конференций, симпозиумов с программами наших съездов, я не могу сказать, что мы шли в кильватере урологии Запада. Некоторые вопросы,

продиктованные жизнью, мы обсуждали раньше зарубежных коллег, о чем свидетельствуют материалы и рекомендации съездов.

Программу IV съезда урологов Украины оргкомитет разослал во все республики и ведущим урологам Союза. Вскоре к нам стали поступать доклады из всех республик. Наша программа оказалась актуальной и вызвала живейший интерес урологов СССР. Из 226 присланных тезисов, 186 включены в материалы съезда. Объем материалов IV съезда в 2,5 раза превышал листаж, разрешенный Комитетом по печати при Совмине УССР. Присланные материалы были интересными как с точки зрения науки, так и практики. Оргкомитет принял решение обратиться в высокие инстанции с просьбой увеличить листаж материалов съезда, тем более, что все расходы по печатанию оргкомитет берет на себя.

Я посмотрел на типографские реквизиты материалов IV съезда урологов и понял, какую неоценимую помощь нам оказала заместитель председателя Совета Министров Мария Андреевна Орлик в их издании. 17 июня она подписала разрешение, 20 июня материалы были подписаны в печать. К началу работы IV съезда 4—6 сентября, то есть через 2,5 месяца они были отпечатаны и вручены делегатам.

Съезды сближали урологов Советского Союза и на деле подтверждали дружбу урологов и интернациональность науки. Достижения урологов Украины внедрялись во всех союзных республиках, точно так же, как достижения урологов других регионов внедрялись у нас в Украине.

Выигрывали все, а прежде всего наши пациенты.

Киев встретил гостей солнечной теплой погодой.

С разрешения министра торговли Украины Владимира Сергеевича Тимофеева заседания съезда проходили в здании Министерства торговли на Львовской площади. Просторный зал на 1 000 мест хорошо оборудован современной демонстрационной и акустической аппаратурой.

В фойе конференц-зала была размещена выставка медицинского оборудования и инструментов, аптечные киоски с новыми лекарственными препаратами и проспектами к ним, магазин «Медицинская книга» подготовил к съезду соответствующую литературу и почти вся она была раскуплена.

К услугам делегатов съезда был предоставлен новый, недавно открытый ресторан «Золотые ворота».

В здании Министерства торговли Украины был расположен лучший в городе универсальный магазин. В перерывах и после заседаний делегаты могли сделать самые разнообразные покупки.

Торжественное открытие съезда состоялось вечером 3 сентября 1985 года. На открытие съезда прибыли сотрудники ЦК Компартии Украины, Совмина УССР, Киевского горкома партии и профсоюзов. От имени Киевского горисполкома делегатов съезда и гостей приветствовала заместитель председателя Киевского горисполкома Галина Николаевна Менжерес.

Министр здравоохранения Украины Анатолий Ефимович Романенко на открытии съезда 3 сентября 1985 года в докладе «О состоянии и мерах по улучшению урологической помощи населению УССР» проанализировал общее состояние службы.

А.Е.Романенко подтвердил, что в республике фактически закончено создание урологической службы. Очередная задача — ее совершенствование, повышение качества лечения пациентов. Проблемы урологии разрабатывают 28 докторов и 124 кандидата наук. Оправдала себя концентрация усилий ученых различных специальностей — иммунологов, биохимиков, микробиологов и др. на решении вопросов мочекаменной болезни, воспалительных и онкологических заболеваний, врожденных и приобретенных пороков развития мочеполовых органов, терминальной стадии почечной недостаточности, методов трансплантации почки и гемодиализа.

Отдельно министр отметил вклад КНИИ урологии в подготовку кадров урологов, нефрологов, сексологов, рентгенологов, биохимиков, электрофизиологов. Всего за 1980—1985 годы стажировку и специализацию в Киевском институте урологии и нефрологии прошли 744 специалиста из Украины и других республик. Министр поддержал практику проведения краткосрочных курсов и семинаров для главных урологов областей с анализом годовых отчетов.

Плановые научные работы Института урологии и нефрологии в большинстве заканчивались разработками, приоритет которых подтвержден 29 авторскими свидетельствами, полученными за последние четыре года.

Ряд исследований, проведенных урологами республики, получил всеобщее признание, в том числе работа, посвященная заболеваниям предстательной железы, отмечена Государственной премией Украины (коллектив авторов под руководством проф. В.С.Карпенко), а проф. Э.М.Шимус за разработку проблемы врожденных пороков почек удостоен Государственной премии СССР, Г.Ф.Колесников удостоен золотой медали ВДНХ за разработку многоканального электростимулятора. Некоторые ведущие сотрудники института были удостоены государственных наград.

Почти в два раза (!) снизилась общая и послеоперационная летальность в урологических отделениях Украины. Этому способ-

ствовало создание урологических отделений, внедрение новых видов диагностики и хирургических технологий.

Обсуждение в 1980 году на III съезде урологов Украины вопросов амбулаторно-поликлинической помощи урологическим больным, принятие и выполнение его рекомендаций способствовали дальнейшему развитию самого массового вида медицинского обслуживания — диспансеризации населения, что обеспечило преемственность в диагностике и лечении больных в поликлинике и стационаре.

Перспективным было проведение централизованной диспансеризации для анализа отдаленных результатов лечения, формы и методы ее разрабатывались сотрудниками Института урологии и внедрялись кафедрами урологии и практическими врачами.

Министр здравоохранения Украины А.Е.Романенко подробно остановился на помощи, которую оказывают местным урологам сотрудники кафедр урологии медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, поддержал идею проведения семинаров, подготовки урологов, консультаций больных и вовлечения практических урологов в научную работу, которая завершается публикацией статей и защитой диссертации. В работе IV съезда урологов Украины приняли участие ведущие урологи Советского Союза.

На этот раз, как и раньше, выполнение научной программы съезда сочетали со знакомством наших гостей с достопримечательностями древнего Киева, спектаклями в театрах, экспозициями музеев...

В день открытия IV съезда урологов Украины после торжественной части состоялся концерт ведущих артистов киевских театров.

Концерт мастеров искусства Киева был тепло принят делегатами и гостями съезда урологов.

Научная программа съезда началась 4 сентября докладом профессора Л.П.Павловой. В нем обосновывался новый вид диспансеризации, которой подлежат наиболее сложные больные и пациенты с редко встречающимися заболеваниями, — централизованная диспансеризация. Суть ее состоит в том, что оперированные урологические больные должны находиться на учете в учреждениях, где их оперировали. После контрольных исследований и коррекции лечения дальнейшее наблюдение и лечение осуществляет врач по месту жительства.

Такая тактика диктовалась тем, что у местных урологов не было необходимой аппаратуры и соответствующего опыта для проведения необходимых контрольных исследований, поэтому клиники украинских медицинских институтов должны помогать районным урологам в контрольном обследовании больных.

Программный вопрос дополнили 39 докладчиков из Украины, Москвы, Тбилиси, Минска. Это свидетельствовало о том, что урологи имеют достаточный опыт проведения диспансеризации различных категорий больных. В очередной раз были высказаны предложения по усовершенствованию диспансеризации с обработкой данных на ЭВМ.

В программном докладе по гидронефрозу отмечена необходимость комплексного и продолжительного изучения врожденных урологических заболеваний у детей и взрослых. Мы были заинтересованы в широком привлечении смежных специалистов к изучению врожденной урологической патологии, поскольку стало возможным с помощью оперативного лечения предупредить многие необратимые состояния.

Я вспоминаю сетования А.Я.Пытеля на то, что в дискуссии по гидронефрозу в 1968—1969 годах почти не было докладов по этиологии и патогенезу, в основном фигурировали доклады по диагностике и лечению.

Просматривая доклады, присланные на IV съезд урологов Украины, я увидел, что урологи изучали самые разнообразные аспекты этой проблемы: морфогенез, патогенез, этиологию, функциональную диагностику почек, ренальную гипертензию, рентгено-радиологическую диагностику, гидронефроз единственной почки, двусторонний гидронефроз, гидронефроз у детей, рецидивный гидронефроз, повторные пластические операции, обезболивание, ведение послеоперационного периода, диспансеризацию, трудовую экспертизу и т.д.

В докладах широко обсуждались показания и противопоказания к выполнению операций, причем преимущество отдавалось радикальным оперативным вмешательствам. Повсеместно сокращалось применение паллиативных операций.

В докладах подчеркивалось, что некоторое улучшение диагностики и оперативного лечения гидронефроза достигнуто за счет более широкого применения ультразвуковой аппаратуры, методов диагностики, улучшения оперативной техники, расширения показаний к выполнению радикальных операций. По мнению выступавших, расширение урологической сети, внедрение аппаратных методов исследования, к сожалению, существенно не повлияло на раннюю (своевременную) диагностику гидронефроза. Около 60% больных по-прежнему поступает на оперативное лечение в III стадии. По-прежнему у 14—25% больных гидронефрозом выявляют IV стадию заболевания, когда единственным методом лечения является нефрэктомия. Причина поздней диагностики гидронефроза, по мнению авторов, состоит в длительной латентной фазе. Отсутствие жалоб и объектив-

ных симптомов, как правило, не позволяет предположить наличие гидронефроза, поэтому реальным путем своевременной (ранней) диагностики гидронефроза является проведение превентивного скринингового аппаратного (УЗИ) исследования у детей, начиная с родильных домов и контингентов населения с факторами риска.

Программный доклад «Мочевые свищи (этиология, клиника, диагностика и лечение)» сделал профессор А.В.Люлько. За 24 года в клинике лечили 391 больного с мочевым и кишечно-мочевым свищом различной этиологии. Докладчик детально изложил основные причины возникновения свища, патологическую анатомию, диагностику и современные принципы лечения мочевого и мочекишечного свища. Освещены сложности течения, осложнений, исхода, определения трудоспособности больных. Рекомендовано госпитализировать больных в специализированные отделения, где урологи имеют достаточный опыт выполнения операций на смежных органах.

По третьему программному вопросу в материалах съезда опубликовано 38 докладов: из Украины, Киева, Москвы, Минска, Кишинева, Ростова-на-Дону, Иркутска, Саратова. Программный доклад и доклады участников съезда указывали, что мочевой свищ — одна из самых сложных проблем современной урологии. Диагностика мочевого и мочекишечного свища разработана в общем-то хорошо, необходимо дальнейшее совершенствование методов лечения.

IV съезд урологов рекомендовал:

— классификацию мочевого свища в зависимости от особенностей возникновения и локализации;

— концентрацию больных в специальных центрах, поскольку вмешательство по поводу каждого вида мочевого и кишечно-мочевого свища требует высокого хирургического мастерства, индивидуального решения диагностических и оперативных задач.

Участие 43 делегатов в разделе «Новое в урологии» свидетельствовало о стремлении урологов по-новому решать современные урологические проблемы вместе со смежными специалистами.

Спустя многие годы, просматривая присланные на съезды урологов работы по проблеме «Новое в урологии», я обратил внимание, что многие из них в последующем стали темами кандидатских и докторских диссертаций.

IV съезд урологов Украины подвел итоги научно-практической деятельности урологов Украины за последнее пятилетие (1980—1985 годы). Основные усилия правления научного общества были направлены на подготовку кадров урологов, развитие и специализацию урологической службы.

Хорошо ориентируясь в научной тематике международных конгрессов урологов, не могу сказать, что обсуждаемая нами научная тематика на съездах урологов Украины стоит на более низком уровне. Более того, наше преимущество состояло в том, что Минздрав Украины способствовал активному внедрению высказанных предложений в практику. Однако нельзя закрывать глаза на то, что у нас имелись проблемы с обеспечением современной диагностической аппаратурой. Даже в правительственных лечебных учреждениях ее было недостаточно.

У нас были клинично-лабораторные базы, достаточно опытные кадры, но мы испытывали огромный дефицит в аппаратуре для научных исследований, что было причиной отставания в развитии науки.

Съезды привлекательны тем, что в зале идет обсуждение программных проблем, а в кулуарах интенсивно ведутся дискуссии по конкретным вопросам, рождаются новые идеи, которым в ближайшие годы суждено воплотиться в методы исследования, инструменты, аппараты, новые операции и т.д. В кулуарах съезда высказывались полезные идеи совершенствования научных исследований в урологии, пожелания более тесного контакта со смежными специалистами, говорилось о проблемах, на которых нужно сосредоточить внимание научных коллективов. Участники съезда отметили, что среди докладчиков много молодых специалистов, доклады которых были актуальны и сделаны на высоком профессиональном уровне.

На международных конгрессах председатель, как спикер в парламенте, следит за ходом заседания, четко придерживаясь регламента. После 2—3 докладов по одной теме предлагает участникам обменяться мнениями.

Председатель не должен принимать участия в дискуссиях и делать заключения не потому, что он не знает проблемы или не имеет своего мнения, а чтобы не навязывать своего мнения, не восхвалять одних и оставлять в тени других, чтобы заседания проходили как можно демократичнее. Каждый участник конгресса имеет право высказать свое мнение и выслушать мнение оппонентов без комментариев председателя.

На наших урологических форумах председатель заседания кратко обобщает доклады, высказывает свое мнение по затронутым проблемам. В этом ничего плохого нет, если председатель уважительно относится к мнению всех докладчиков без исключения.

Некоторые делегаты с Урала, Сибири, Дальнего Востока, Средней Азии выразили желание после съезда побывать в других городах Украины. Члены культурной комиссии с помощью местных уро-

логов организовывали такие поездки в Одессу, Крым, Львов, Трускавец, Ужгород, Чернигов, Черкассы и другие города.

Делегатов и гостей съездов урологов мы старались не только познакомить с урологическими учреждениями города, но и показать красоту и духовное богатство Украины в самом широком смысле этого слова.

Помимо описанных съездов, пленумов, симпозиумов, в 1969—1987 годах проводились областные научные конференции, инициаторами которых в Харькове были профессора В.И.Шаповал, Ф.А.Клепиков, А.С.Переверзев, в Донецке — профессор П.С.Серняк, в Днепропетровске — профессор А.В.Люлько, в Луцке — главный уролог облздраводела В.О.Кравчук, в Виннице — доцент П.И.Пивоваров и заведующий урологическим отделением М.И.Рыбинник. Сексологи во главе с профессором И.И.Горпинченко раз в два года проводили республиканские конференции в разных городах Украины.

Проведение всех мероприятий по линии научного общества урологов Украины в 1969—1987 годах были направлены на подготовку кадров урологов в период интенсивного развития урологической службы в республике.

Послесловие

Книга «55 лет в хирургии» посвящена мне.

Я этим горжусь, и очень благодарна дедушке.

В ней — сильный и мудрый человек, неустанно творивший Добро.

И будь он жив, я стояла бы рядом, держала бы его под руку, гордилась бы им молча.

Но сейчас я хочу сказать ему и о нем свое прощальное слово.

Из окон дедушкиной квартиры виден почти весь город. Одинокими великанами торчат гостиница «Киев» и труба завода «Арсенал», поодаль — телевышка и недостроенный небоскреб на Соломенской. А вокруг — сколько глаз видит — толпятся новостройки. Лишь справа, совсем в уголке — крохотный кусочек Труханова острова. Только верхушки деревьев. Да туман над Днепром.

Именно сюда, в окна, прямо в глаза дедушки, обращен последний взгляд солнца. Оно, как и большинство людей, не выдерживает дедушкиного прямого и открытого взгляда. Быстро краснеет, стыдливо прикрывается рукавом тучки и тонет. Так наступает вечер.

А утром дедушка берет меня за руку, и мы вдвоем бродим по узким подольским улочкам, рассматриваем темные лики святых, строго глядящих на нас с высоких иконостасов, перебегаем перед трамваем, чтобы посмотреть на выросшее на крыше дома деревцо...

И Киев, такой огромный и неприветливый, каким он виден из дедушкиных окон, открывает перед нами замшелые переулки своей души. Рассказывает свою таинственную, пахнущую туманом и пороком историю. Гладит шелестом ветвей, ласкает теплым дождем по щекам.

А дедушка рассказывает:

«Школа моя была там, где нынче институт Карпенко-Карого. По дороге в школу я каждое утро проходил мимо Михайловского Златоверхого собора. У Софии, видишь, купола зеленые, а у него были золотые.

И как-то раз вижу — вокруг собора взяты солдаты. Кто с лопатой, кто с ломом, кто с шашкой какой-то.

Вдруг, как по команде, они все разбежались кто куда, и что-то сильно грохнуло. Но собор даже не покачнулся.

Тогда они снова подложили взрывчатку. Попытались. Опять прозвучал взрыв. А собор как тысячу лет стоял, так и остался стоять. Только штукатурка кое-где облупилась.

Когда же я шел из школы, то стены уже частично были разрушены. А завтра на месте собора были только руины...

Видишь, раскопан фундамент, археологи изучают его остатки. А ведь какой величественный собор был, красивый. Почти тысячу лет простоял и был уничтожен на моих глазах.

Я так думаю: церкви разрушать нельзя. Я — атеист. Но знаю, что именно в церквях сосредоточена культура, искусство, история народа. Это центры духовности, наук и искусств. В них все — от фундамента до мельчайшей росписи — делалось на века. Что даже взрывчатка не брала».

Майским солнечным днем, когда освящали колокольню восстановленного Михайловского, мы с дедушкой стояли в первых рядах. В дедушкиных глазах искрилась радость. Ведь за свою жизнь он видел много смертей, боли, предательств и просто безразличия. И, наконец, стал свидетелем восстановления разрушенной на его глазах святыни. И в этом он видел хороший знак.

Но это — потом.

А пока он берет мою маленькую ладошку в свою большую — такую белую-пребелую — руку и рассказывает...

Он знает, что я не люблю сказок. Златокудрые принцессы и волшебные палочки меркнут в сравнении с дедушкиными былями — с тем, что было, с правдой, с «живьем», от которого замирает дыхание и немеют вцепившиеся в дедушкину руку пальцы.

Он рассказывает о фантастических операциях — когда мальчик может стать девочкой, когда из кишки делается мочеточник, когда указательным пальцем расширяется отверстие в желудочке сердца, — о многочисленных операциях, которые он может делать.

Дедушка рассказывает о встречах со знаменитыми людьми, о задорном мальчишеском житье-бытье, о страшном тридцать третьем, о незнакомом мне довоенном Киеве, и о самой войне, жутким фиолетовым шрамом изуродовавшей лицо народа.

— Дедуля, расскажи быль, — очередной раз прошу я, поднимая взгляд на своего седоглавого дедушку.

Он на минуту задумывается и начинает:

«Мой выпускной вечер был 21 июня 1941 года. Еще днем мы с ребятами носили парты в школьный спортзал и составили их вместе, так что получились длинные столы. Каждый принес что-то съестное. Первый тост, прозвучавший тогда, я запомнил на всю жизнь: «Ребята! За время, которое вы проучились вместе, вы не только выросли и поумнели, но и научились дружить. Так пусть же в случае войны вы станете друг другу верными фронтовыми друзьями и фронтовыми подругами!»

А на завтра нас разбудила весть о начале войны. И все мы — вчерашние одноклассники — написали заявления с просьбой зачислить нас добровольцами на фронт.

А уже через два года — в свои неполные двадцать лет — я попал на Курскую дугу. К тому времени я уже окончил военно-медицинскую академию и был назначен фельдшером в танковый батальон.

А ведь все детство мечтал стать кораблестроителем... Но в моем случае профессия выбрала меня, а не наоборот...

Нас, мужчин 1923 года рождения, после войны выжило только три процента. Это значит, что на меня — одного из этих счастливицков — возложена миссия всего моего поколения. Нужно прожить эту жизнь достойно, стать Человеком и делать Добро.

С самого начала своей хирургической деятельности я вел записи о каждой сделанной операции. И я сохраняю все эти журналы. Недавно я подсчитал, что сделал около десяти тысяч операций. Это значит, что если собрать всех людей, которых я оперировал, вместе, то для того, чтобы разместить их, понадобятся три дворца «Украина». И поверь, я давно не делаю простых операций. Так что дело не только в количестве...

Асфальт зарумянился солнечными бликами. А дедушка рядом — такой высокий! Седой головой — прямо в синее небо! В дедушкиных ярко-голубых глазах всегда мысль, и никогда не бывает пустоты. В них — Знание и Добро.

Все ярче, ощущаемее, ближе образы дедушкиных былей. Кажется, сейчас коснусь! Вот парное сельское молоко, пахнущее полынью и дождем. Отхлебнешь — и сразу вырастешь... Вот серый конь в яблоки, на котором — без седла — вскачь! Чтоб — ветер в лицо. Чтоб задохнуться от счастья!.. Вот идущий прямо на тебя танк. Нужно запрыгнуть на ходу, повиснуть на стволе пушки. Иначе — отстал, а там — смерть, плен.

Крепче сжимаю дедушкину руку. Она большая и теплая.

Я много раз слышала: «Виктор Степанович! У вас золотые руки!» Поэтому я украдкой разглядываю руку, за которую держусь. А она ТАКАЯ БЕЛАЯ!.. Где же золото? Может, сейчас все-таки блеснет?

Но позже я узнала, что в дедушкиных пальцах блестит не оно, а другой металл — холодный и острый. Причиняющий боль, чтобы подарить жизнь — скальпель...

«Как-то родилась девочка. И стала задыхаться. Синяя такая стала, а была розовенькая, — ну, знаешь, какими детки рождаются. Ее — мигом в операционную. Я говорю анестезиологам: «Если сможете дать наркоз, буду оперировать!» А попробуй-ка дай такой крошке! Ей же от роду только двенадцать часов. Положили ей на носик ватку, смоченную в эфире, и она тут же уснула.

А я понял: у нее — ущемленная диафрагмальная грыжа. Это значит, что в диафрагме, которая отделяет брюшную полость от грудной клетки, есть дырочка. И туда с первыми вдохами девочки затянуло ее кишки. Боль страшная и дышать невозможно.

Я разрезал ей животик, увидел, что действительно кишечки втянуты в отверстие диафрагмы, вынул их оттуда и вернул на место в животике, наложил два шва, зашил отверстие в диафрагме — и девочка тут же стала розоветь.

Ее родители предоставили мне выбрать для девочки имя. И я назвал ее Витой — Жизнью.

Она выросла в симпатичную девушку, с золотой медалью окончила школу. А когда пришло время поступать в институт, она пришла ко мне и сказала: «Виктор Степанович! Вы спасли мне жизнь. И я, в свою очередь, хочу помогать людям. Я буду врачом».

С тех пор прошло много лет. У Виты теперь — свои детки. А операция, которую я тогда сделал ей, была первой в Советском Союзе удачной операцией ушивания ущемленной диафрагмальной грыжи.

Но не все бывает так гладко. У тебя была двоюродная сестричка, Леночка, Леночка Карпенко, первая дочь моего брата Юры. У нее оказался врожденный порок сердца. Она часто дышала, всегда была сероватой, никогда не становилась розовой, как здоровый ребенок. Она умерла в возрасте 9 месяцев.

Если бы она родилась всего на три года позже, я бы ее спас. Я научился делать нужные ей операции на сердце и вернул многим мамам их детей розовыми и здоровыми, какими они их до того никогда не видели».

Спасать людей, дарить им здоровье и вселять веру — было не только ежедневной работой, без которой дедушка не мыслил себя, но и насущной необходимостью, постоянной тягой к познанию. Дедушкина рука не дрожала никогда. Даже когда он оперировал своих близких — вопреки хирургическим приметам.

Когда мне было десять лет, со мною случился приступ аппендицита. Тогда я впервые побывала в дедушкином больничном кабинете. На столе стояла пластмассовая почка в разрезе, а дедушка — в белом халате и шапочке — был непривычно серьезным. В кабинете собрались люди, тоже одетые, в основном, в белое. Все были ласковы со мною, кто-то мне сразу сунул шоколадку. А дедушка внимательно щупал мой живот, обсуждал что-то с коллегами.

И вдруг в кабинете повисла звенящая тишина. Я прекратила кормить шоколадом плюшевого енота и подняла голову. Долгую паузу прервал один из присутствующих: «Виктор Степанович, может, я?»

Дедушка повернулся к окну, сложил руки за спиной и, помолчав, медленно, но четко произнес: «Я сам»...

И тогда мой сосед справа — тот молодой и темноволосый, что все спрашивал у меня, как зовут моего енота, говорит:

— Аленушка, все нормально, операции не будет. Нужно просто под специальной лампой посмотреть, что у тебя там в животике, — и все!

Я, с трудом припомнив это слово, козырнула:

— Это... рентген?

— Ну что ты! Рентген есть в каждой больнице. А этот аппарат — только в нашей. Только в моем кабинете.

Я сразу зауважала своего собеседника.

— Смотри: ты вдыхаешь специальный газ, и через какое-то время под специальной лампой становится видно, что творится у тебя внутри.

— И все?

— И все.

— А Еношку мне можно взять?

— Ну конечно! Ему ведь тоже будет интересно посмотреть.

И повезли меня на холодной каталке дышать специальным газом в операционную.

Дедушка сам сделал мне операцию и наложил деликатнейший косметический шов, и каждый день по несколько раз приходил меня проводить. Утром, во время обхода, он был строгим профессором в сопровождении своих учеников. Кто-то докладывает: «Больная Карпенко», — а он внимательно выслушивает отчет о моем состоянии. А среди дня он приходил с банкой теплого бабушкиного супа и улыбкой. Дедушка...

Он на всей семье оставил свой «автограф». И за это мы ему безгранично благодарны. И на своем сыне — моем папе, и на моей маме, а бабушку — мамину маму — он прооперировал по поводу рака почки. Она продолжает пешком ходить в лес за грибами по двадцать километров, а если на что и жалуется, то на ноги или на поджелудочную. Операция была сделана десять лет назад. А считается, что если в течение семи лет после оперативного вмешательства диагноз не поставлен повторно, то рак излечен!..

И вот мы снова идем по парковым аллеям. Под ногами солнечными бликами шуршат опавшие листья да поскрипывает, качаясь, старое дерево.

За руку — так тепло!

— Дедушка, ты — счастливый человек?

Твердо, не задумываясь: «Да!»

И через минуту:

«Знаешь, Аленушка, ведь мы всей семьей — папа, мама, брат и я — пережили голодный тридцать третий.

На войне меня трижды ранило, но я остался в живых.

Я стал врачом и ежедневно помогаю людям. Я умею делать очень сложные операции, доступные немногим хирургам. Я знаю, что такое хирургическое счастье.

Мне удавалось успешно возглавлять важные дела: налаживать кардиохирургию в Донбассе в 60-е годы, создавать в Украине специализированную урологическую помощь, готовить трансплантацию почек, разрабатывать сложные операции, наконец, открыть и изучить новую болезнь человека.

Есть много людей, которым я помог, с которыми я просто знаком, которые меня уважают и ценят.

У меня прекрасная семья.

Каждый день я чувствую, что я нужен.

Поэтому я считаю, что я счастливый человек...»

Я поражаюсь дедушкиному темпу жизни. Его работоспособности, умению использовать каждую минуту.

Он успевает все: делать сложнейшие операции, писать научные статьи и отчеты, выступать на конференциях, симпозиумах и съездах, готовить кандидатов и докторов наук, ходить в театры и на выставки, сажать молодые деревца на даче, изучать историю своего народа, играть с кошкой и рассказывать мне были.

Готовясь к своему восьмидесятилетию, он заканчивает книгу своих воспоминаний.

Эту книгу.

Которую он так и не увидел...

21 сентября 2003 года, на светлый праздник Рождества Пречистой Богородицы, его не стало.

Он знал, что уходит, в то время как мы надеялись на его выздоровление.

Он с большим усилием открыл глаза, обвел нас взглядом, приподнялся, обнял сына, пожал нам руки — так крепко. Так удивительно крепко! И потерял сознание... Попрошался...

И вот снова в окна — закат. Снова золотыми лучами окрашены комнаты. И снова я держу дедушкину руку. Она блее обычного и непривычно тяжела. И я знаю, что дедушка больше никогда не заговорит со мною. Никогда...

Но... все так же держу меня за руку — как в детстве, — дедушка будет вести меня по освещенным улицам и потайным дворикам моей жизни, где-то между целью и суетой; показывать новое, невиданное, странное; будет поддерживать, если споткнусь; укутывать шерстяным платком тумана и смотреть на меня голубыми глазами сентябрьского неба. И всегда, всегда приводить домой...

*Алена Карпенко,
14 октября 2003 года*

Ушел из жизни Патриарх урологии *

21 сентября 2003 скоропостижно скончался выдающийся хирург и уролог современности профессор Виктор Степанович Карпенко.

Карпенко Виктор Степанович родился 28 октября 1923 года в селе Ивановка Ставищенского района на Киевщине в крестьянской семье.

В 1941 году закончил среднюю школу, пошел добровольцем в армию и был направлен в Военно-медицинскую академию. В августе 1943 года на Курской дуге стал фельдшером танкового батальона Кантимировской дивизии. Участвовал в освобождении Украины, был трижды ранен.

В 1945—48 годах учился в Сталинском (Донецком) мединституте. Три года был главным врачом и хирургом шахтерской больницы г. Чистяково (Горез, Донецкой области). С 1952 по 1968 год работал в клинике факультетской хирургии Донецкого медицинского института, заведовал кафедрой хирургии.

В 1957 году защитил кандидатскую диссертацию. Разработанный им разрез Овнатаяна—Карпенко широко используется урологами при операциях на тазовом отделе мочеточника, мочевом пузыре и предстательной железе.

В 1961—68 годах В.С.Карпенко создал и возглавил кардиохирургию в Донбассе, в 1968 году защитил докторскую диссертацию.

В 1969 году В.С.Карпенко назначен директором Киевского НИИ урологии и нефрологии Минздрава Украины.

Во время его работы директором НИИ урологии и Главным урологом Минздрава Украины (1969—1987) институт стал крупнейшим урологическим научным центром страны, активно влиял на становление урологической помощи в здравоохранении, подготовку кадров, формирование сети кафедр урологии. За этот период на Украине была создана современная сеть специализированной урологической помощи населению, и к 1985 году урологическая служба Украины достигла уровня, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения.

В.С.Карпенко в своем отделе выполнил 75 пересадок почек, подготовил урологов-трансплантологов, вел систематическую разработку научных проблем пересадки почки. На конец 1996 года в институте было сделано больше 700 трансплантаций почек.

На базе Клиники пластической урологии, которую В.С.Карпенко возглавлял с 1969 по 1996 год, было выполнено 9 докторских и 32

кандидатские диссертации. Собран крупнейший в мире материал по гидронефрозу, развита современная пластическая урология, заложены основы радиационной урологии.

Профессор В.С.Карпенко с сотрудниками описал новую болезнь — склероз предстательной железы — изучил ее клинику, разработал диагностику и предложил эффективное хирургическое лечение, которого не существовало ранее для этой категории больных.

В.С.Карпенко как председатель общества урологов проводил научные урологические пленумы, конференции, симпозиумы. Он провел три последних съезда урологов Украины (1973, 1980, 1985) и был их председателем.

В.С.Карпенко был членом Международного и Европейского обществ урологов, почетным членом научных обществ урологов России, Беларуси и Медицинского общества им. Пуркине (Прага), членом Научного совета по трансплантологии и искусственным органам при Президиуме РАМН, заместителем председателя Бюро научного совета «Урология и оперативная нефрология» АМН СССР.

В.С.Карпенко — автор более 300 печатных научных работ, в том числе 11 монографий. В прошлом году Виктор Степанович успешно дебютировал в мемуарном жанре. Его книга «55 лет в хирургии» вызвала большой интерес у читателей.

В.С.Карпенко — заслуженный деятель науки Украинской ССР, лауреат Государственной премии Украины. Награжден орденами Красной Звезды, Отечественной войны II степени, Отечественной войны I степени, орденами Ленина и Трудового Красного Знамени.

В.С.Карпенко был человеком высокой культуры и эрудиции, широких интересов и жизнелюбия. Особенности характера Виктора Степановича являлись колоссальная трудоспособность, неизменная доброжелательность, честность и забота о людях, которые нуждаются в его помощи, преданность профессии. Он всегда делился своим богатым хирургическим и жизненным опытом с молодыми урологами, радовался их успехам. Доктора наук, подготовленные в Киевском институте урологии и нефрологии в 1970—1987 годах, сейчас возглавляют многие клиники и лаборатории.

Научно-исследовательская, педагогическая, лечебная и общественная работа Виктора Степановича явилась весомым вкладом в развитие современной хирургии и урологии. Он лично выполнил более 10 тыс. хирургических операций.

Виктор Степанович работал до последних дней: в четверг еще оперировал больную, в субботу закончил подготовку научного отчета, а в воскресенье умер от геморрагического инсульта.

* Зеркало недели. №37(462). 27 сентября 2003 г.

Из жизни ушел патриарх отечественной урологии, хирург от Бога, безгранично преданный профессии врач, кристальной души человек, который с честью представлял своих сверстников, 97% которых погибли во время войны. Может быть, потому он столь высоко ценил дар жизни, и всю свою жизнь посвятил тому, чтобы делать добро людям.

Светлая память о Викторе Степановиче Карпенко навсегда останется в сердцах тех, кто его знал и имел счастье с ним работать.

Академик РАМН проф. Н.Лопаткин, академик НАНУ и АМНУ, профессор Л.Пыриг, академик УАМН, профессор А.Романенко, профессора А.Переверзев, П.Серняк, В.Бачурин, Ц.Боржиевский, М.Коган, Н.Сергиенко, В.Ткачук, старшие научные сотрудники П.Вукалович, Н.Терещенко

Содержание

От автора	3
Предисловие (А.С.Переверзев)	9
Директор Института урологии и нефрологии	11
Визит к министру здравоохранения Украины	11
Последние месяцы в Донецке	14
Вступление в должность директора института	16
Лаборатории и клиники института	27
Новое строительство	37
Поездка в Институт урологии Грузии	53
Финансирование института	55
Открытие памятника А. А. Чайке	57
Становление института	58
Организация научной работы	63
Комплектование института кадрами	67
Подготовка кадров в институте	76
Научные конференции	82
Специализированный совет	86
Визит министров	89
Иностранные гости	91
Главный уролог Минздрава Украины	96
Предложение министра	97
Создание кафедр урологии	102
Развитие урологической службы	103
Проблемы амбулаторной урологии	107
Урологическая служба в областях	113
Наука — в помощь здравоохранению	122
Клиника пластической и восстановительной урологии	125
Первое испытание	135
Трансплантация почек	144
Новая болезнь — склероз предстательной железы	168
Гидронефроз	189
Уретерогидронефроз	200
Проблемы опухолей почек	204
Урогинекологические заболевания	209
Сосудистая урология	211
Научный фильм	218

Говорят стены операционной	223
Две жизни	224
Эмболия легочной артерии	228
Остановка сердца	233
И так бывает	236
Предчувствие	239
Не поверил бы	240
Однокашник	243
Роза	247
Между жизнью и смертью	252
Неразгаданная болезнь	262
Юбилей	264
Визит президента АМН СССР	267
Институт урологии и нефрологии — научное и общественное признание	272
Государственные премии	283
Редколлегия журнала «Урология и нефрология»	291
Общественная работа	298
Общественная работа в медицинском институте	299
20 лет после окончания института	305
Общественно-партийная работа в Киеве	310
Перестройка	327
На круги своя	344
Влияние Чернобыльской аварии на урологических больных и болезни	355
Радиационная урология	365
Семья	372
Невыдуманные истории	384
И.С.Козловский на отдыхе	384
Художник Федор Зотикович Коновалок	387
Композитор А.Экимян — призвание и профессия	394

Скульптор — крушение надежды	397
Династия скульпторов	401
После политбюро	414
Встреча с лидерами	418
Аудиенция Его Преосвященства Папы Римского Джованни XXIII	426
Избрание академиком	430
Клуб академиков	433
Научное общество урологов Украины	441
V Республиканская конференция урологов Украины (Киев, 1969)	447
I Съезд урологов Украины (Киев, 1938)	452
IV Пленум Научного общества урологов Украины (Черкассы, 1971)	455
I Всесоюзный съезд урологов (Баку, 1972)	458
Симпозиум «Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни» (Киев, 1972)	462
II Съезд урологов Украины (Киев, 1973)	464
VI Конференция по пластической урологии (Киев, 1975)	466
II Всесоюзный съезд урологов (Киев, 1978)	471
III Съезд урологов Украины (Днепропетровск, 1980)	478
VI Пленум Научного общества урологов Украины, посвященный памяти профессора К.Т.Овнатяна (Донецк, 1982)	485
IV Съезд урологов Украины (Киев, 1985)	490
Послесловие (Е.Карпенко)	500
Ушел из жизни Патриарх урологии	506

КАРПЕНКО Віктор Степанович

60 років у хірургії

*Відповідальний за випуск
Карпенко Олексій Вікторович*

Підписано до друку 29.09.2003 р. Формат 60х90 ¹/₁₆. Папір офсетний.
Гарнітура Таймс. Друк офсетний. Ум. друк. арк. 40,00.
Ум. фарбовідб. 40,00. Обл.-вид. арк. 39,6. Тираж 1000 прим.
Вид. №69. Зам. №337/194.

ТОВ «Навчальна книга».
Україна, 04053, м. Київ, Львівська пл., 14.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи: серія ДК №386 від 28.03.2001 р.

Виготовлено у ТОВ «Навчальний друк».
Україна, 61001, м. Харків, вул. Державінська, 38.
Свідоцтво про держреєстрацію: серія ХК №58 від 10.06.2002 р.