КОСТРОМСКОЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
ОНКО 44
БУДЕМ ЖИТЬ

УДК 614(470.317)
ББК 51.1(2-Рос-4Кос),2
О - 58

Автор-составитель:
Ю. Г. Красильников
Корректор: Т. В. Кулинич
Художественный редактор: А. Ю. Соглачаев
Вёрстка и допечатная подготовка: А. Ю. Соглачаев

О - 58 **Онко 44. Будем жить.** / Ю. Г. Красильников. – Кострома : Линия График Кострома, 2023. – 108 с.

Книга рассказывает об истории Костромского онкологического диспансера и его уникального архитектурного ансамбля, охватывающей весь XX век, а также о сегодняшней деятельности медицинского учреждения. Она построена на архивных материалах, воспоминаниях ветеранов и интервью с действующими врачами и медсёстрами онкологической службы региона. Издание иллюстрировано фотографиями и документами.

ББК 51.1(2-Рос-4Кос),2

Выражаем благодарность Государственному архиву Костромской области и Государственному архиву новейшей истории Костромской области за предоставленные архивные материалы.

© В. М. Унгурян, 2023
© Ю. Г. Красильников, 2023

Подписано в печать:20.02.2023.
Печать офсетная. Бумага мелованная матовая 150 г/м2. Объем: 6,75 печ.л.
Формат: 64x90/16.
Тираж 150 экз. Заказ № 1890.
Отпечатано: ИД «Линия График Кострома», 156019, г. Кострома, ул. П. Щербины, 9 г.
8 (4942) 42-14-24, 43-10-30

ВВЕДЕНИЕ

«Я просто хотела жить. И готова была рисковать, потому что другого выхода всё равно у меня не было. 15 курсов общей химиотерапии не помогли, да и организм её больше не выдержал бы. Что оставалось? Умирать, считая недели? Но здесь представился шанс продлить жизнь. Я очень рада, что могу сейчас и на солнышко полюбоваться, и с людьми пообщаться. С Божьей помощью всё получилось 18 июля 2020 года».

Эти слова Ирина Быкова, 50-летняя пациентка из Твери, сказала спустя несколько дней после сложнейшей операции, продолжавшейся двенадцать часов. Таких операций и в мире-то было сделано всего несколько десятков, а в России она и вовсе стала одной из **первых**. Бригаде врачей – онкологов, сосудистых хирургов, анестезиологов, перфузиологов – удалось провести **изолированную химиоперфузию печени**. Неоперабельный уже орган, наполовину поражённый раковой опухолью, вызванной увеальной меланомой, отделили от общей системы кровообращения организма, подключили к аппарату искусственного кровообращения и подвергли массированному точечному удару десятикратной дозой химиопрепарата, не задевая сам организм. Причём для большего эффекта процедуры температуру печени довели почти до сорока градусов.

Результат оказался успешным и обнадёжил: у Ирины – положительная динамика, говорят, сил сегодня хватает и на воспитание внука. Операция эта была не просто уникальной для нашей страны. Необычность её в том, что проводилась она не в столичном медицинском центре с мировым именем, а в провинциальной Костроме – в онкологическом диспансере. С тех пор лечебное учреждение всё больше на слуху, и не только в России. Операций изолированной химиоперфузии печени за два года в Костромском онкологическом диспансере сделано уже больше четырёх десятков. Осваиваются и другие высокотехнологичные методы лечения онкобольных. Вместе с врачами побеждая болезнь, пациенты из Костромской области, а также из других российских регионов и даже из-за рубежа, возвращаются к нормальной жизни.

Опыт костромичей, активно нарабатываемый в последние годы, востребован в стране и мире. А ещё они могут поделиться секретом, как всего за два года, на месте, казалось, безнадёжного долгостроя вырос новый корпус диспансера – с новейшим оборудованием и технологиями. За всеми успехами – ежедневная напряжённая, кропотливая и, вместе с тем, творческая работа команды врачей-единомышленников. Профессионалов. Идейных, увлечённых, молодых. Лидер команды **– Владимир Михайлович Унгурян**, он же – главный врач. И, конечно, начинания в «онко» поддерживает и помогает воплотить в жизнь регион – от первого лица до простых жителей.

В этой книге – сегодняшний день Костромского онкологического диспансера, взгляд в его будущее и немного истории. Кстати, в России историю создания онкологической службы ведут с середины двадцатого века. У костромичей же свой отсчёт, почти на полвека раньше. Но обо всём по порядку.

Закладка зданий при Общине Красного Креста, Кострома, 1902 год

С СОИЗВОЛЕНИЯ ИМПЕРАТРИЦЫ И МИЛОСТЬЮ ИМПЕРАТОРА

Как храм бывает намоленный, так и больница, говорят, словно накапливает энергию исцелившихся в ней людей. Чем она старше, тем позитивной энергетики больше. В случае с Костромским онкологическим диспансером так оно и есть. Ведь здания его старого корпуса были построены ещё в самом начале XX века и даже помнят приезд российского императора. Хотя сам диспансер расположился здесь, на улице Нижняя Дебря (бывш. ул. Кооперации), гораздо позже – в 1960 году, нынешние поколения костромских онкологов

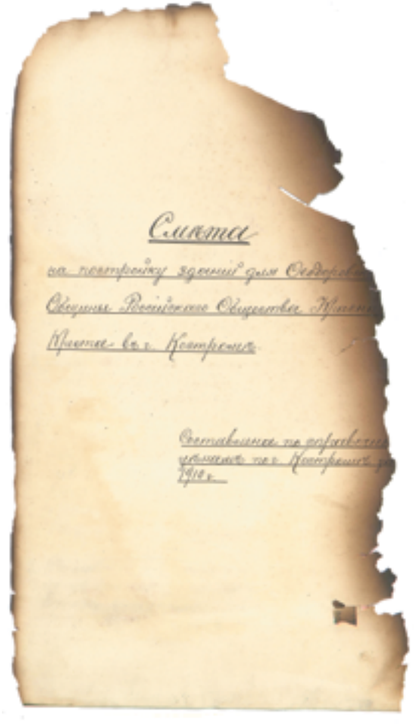
ВѢДОМОСТЬ

Ведомость поступлений на постройку дома Общины Красного Креста, 1903 год

хранят историю удивительного архитектурного ансамбля от самого его «сотворения».

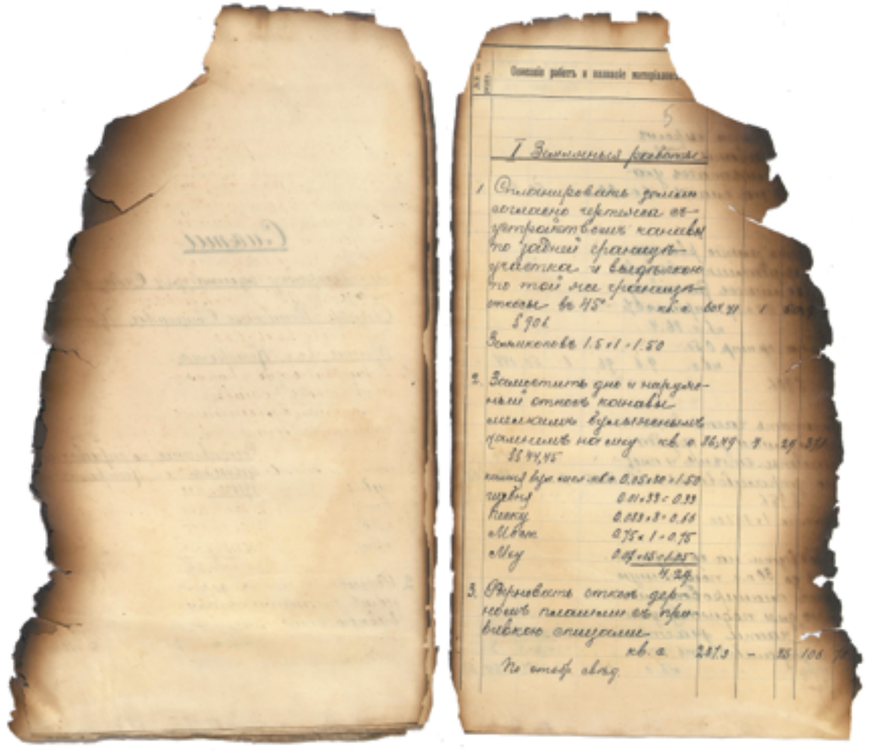
А начиналась история в 1900-м, когда в Костроме образовалась Фёдоровская община сестёр милосердия Красного Креста. Для неё и задумали построить собственное здание, чтобы обучать там сестринскому делу. Городская Дума поддержала начинание – «отнеслась весьма сочувственно», а городская Управа выделила участок земли на склоне прибрежного холма Муравьёвки. Причем, территорию застройки вскоре расширили: при общине решили возвести ещё больницу, часовню и погреб. Камень в основание ансамбля заложили в 1902 году.

На строительство дома общины деньги собирали «всем миром». Среди жертвователей были как простые горожане, так и известные, состоятельные. Посильный вклад вносили священники и отдельные предприятия, к примеру, товарищество мануфактур Красильщиковой. Поступления «в капитал на постройку» шли даже со съезда земских начальников и от любительских спектаклей. Суммы жертвовали разные – от копеечных до целых состояний. При этом проект дома общины губернский инженер Л. А. Треберт разработал «безвозмездно». Его же попроси-



Смета

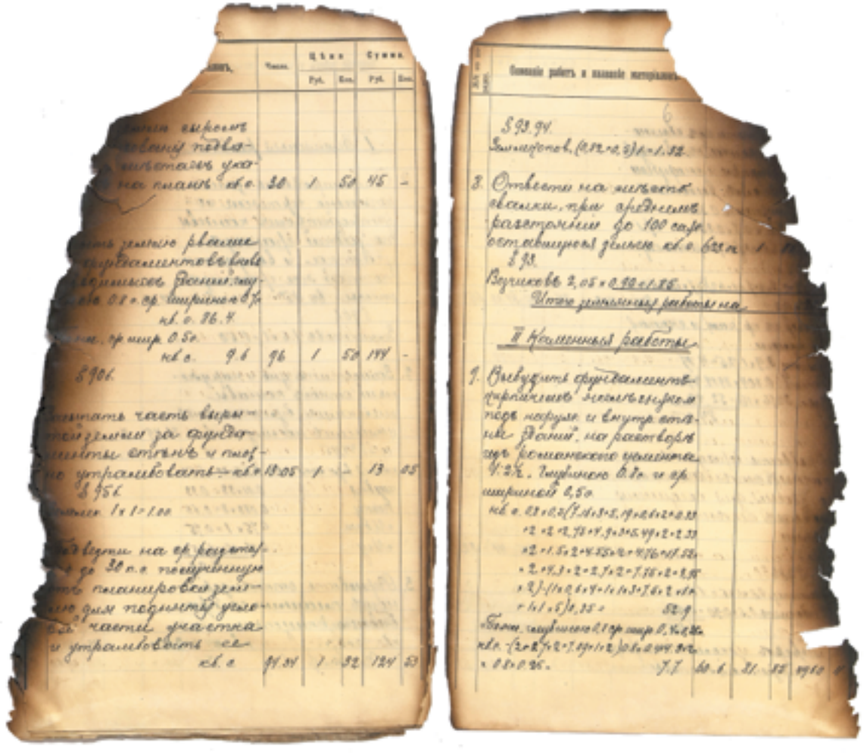
Смета на постройку зданий Общины Красного Креста, Кострома, 1910 год



Смета на постройку зданий Общины Красного Креста, Кострома, 1910 год

ли организовать и проконтролировать строительство, за что он тоже взялся, как говорится, на общественных началах.

Дом общины, где расположилось учебное заведение для подготовки медицинских сестёр, построили в 1903 году. А к возведению больницы приступили позже, в 1911-м. Её проект разработал архитектор Императорского двора В. М. Лопатин. Необходимые средства выделили главное и местное отделения Российского Общества Красного Креста – «с соизволения Её Императорского Величества Императрицы Марии Фёдоровны». Ведь Императрица (мать Николая II) возглавляла Красный Крест и лично поддерживала все начинания и проекты Общества. Одобрил стройку и сам Николай II. Более того, «милостью и с высочайшего соизволения Его Императорского Величества Государя Императора» больнице было присвоено наименование



Смета на постройку зданий Общины Красного Креста, Кострома, 1910 год

Больница (справа) и Община (слева) Красного Креста, Кострома, 1913 год

«В память трёхсотлетия Царствования Дома Романовых». Её построили в начале 1913 года, как раз к празднованию юбилея.

Оба здания – «учебное» (дом общины) и больница – составили архитектурный ансамбль, и несмотря на разных авторов проектов, были выполнены в едином – русском – стиле, «с отдельными элементами модерна в декоре». «Русский стиль» основывался на традициях зодчества допетровской Руси и был очень популярен в архитектуре на стыке XIX и XX веков.

Саму же больницу оснастили «по последнему слову науки». Там имелись коммуникации: теплом и горячей водой обеспечивала собственная котельная на дровах или угле. Кроме того – просторные хирургические кабинеты, современная амбулатория, комфортные палаты для больных. Деньги на оснащение также прислало ведомство императрицы Марии Федоровны. Это было одно из лучших лечебных учреждений России.

Тогда же были сооружены дворовое крыло дома общины сестёр милосердия и соединяющий с больницей переход, а также часовня и погреб. И благоустроена территория: проложены прогулочные дорожки, посажены кусты акации, разбиты цветники,

Император Николай II и царское семейство при посещении больницы Красного Креста, Кострома, май 1913 года

устроен фонтан. Костромичи старательно готовились к приезду Николая II и царского семейства. Разумеется, в год 300-летия Дома Романовых государь не мог не побывать в Костроме, колыбели царской династии. Ведь в Ипатьевском монастыре, вотчине бояр Романовых, в 1613 году призывался на царство юный Михаил, первый из династии.

Николай II прибыл в Кострому 19 мая 1913 года и пробыл здесь два дня. Кроме Ипатьевского монастыря, Романовского музея, Сусанинской площади, Богоявленского и Успенского соборов, царь посетил больницу

Красного Креста Общины сестёр милосердия. И повсюду его ждали тёплый приём и «восторженные крики «ура!».

«К приезду Государя Императора фасад больницы украшен был национальными флагами и щитами. Перед зданием разбиты цветники, поставлены цветы и растения. Вход украшен гирляндами зелени. По обе стороны главного входа выстроились шпалерами штатные сёстры милосердия и «испытуемые» (кандидаты в сёстры. – Авт.).

Государь Император с Великими Княжнами при выходе из экипажа был встречен товарищем председателем Главного Управления Красного Креста тайным советником Д. Р. Вилькеном...

...Вслед за сим Его Императорскому Величеству благоугодно было последовательно обозреть все отделения вновь выстроенной больницы: терапевтическое, хирургическое, операционную, приёмную и др. ...

...Государь Император изволил весьма лестно отозваться об устройстве больницы, высказать своё удовольствие по поводу обдуманности устройства и оборудования, производящих прекрасное впечатление, и изъявить намерение осведомить о сём Государыню Императрицу Марию Фёдоровну.

Из Фёдоровской Общины Красного Креста Государь Император, с Августейшими дочерями, Особами Императорской Фамилии, Высокопоставленными лицами изволили проследовать на расположенную на противоположной стороне Нижней Дебри выставку, в ознаменование 300-летия Царствования Дома Романовых, сопровождаемый немолчными восторженными кликами «ура!» заполнившего всю прилегающую местность народа».

(Из книги «Празднование трёхсотлетия царствования Дома Романовых в Костромской губернии 19-20 мая 1913 года. – Кострома, 1913)

Через год грянула мировая война – страшная, кровопролитная, какой до этого не знало человечество. Её начало сопровождалось в Российской Империи небывалым патриотическим подъёмом. Как и повсюду в тылу, в Костромской губернии развернули сбор пожертвований на нужды армии и в поддержку солдатских семей, заводы и фабрики переходили на военную продукцию, государственные и лечебные учреждения передавали под госпитали и лазареты.

В Костроме в 1914 — 1917 годах было открыто несколько госпиталей. Под один из них приспособили больницу Красного Креста общины сестёр милосердия. Костромские врачи и медсёстры спасли жизни и здоровье сотен и тысяч российских солдат и офицеров,

В костромском лазарете, 1914 год

Персонал 4-й городской больницы, 1925 год

многие из которых снова возвращались в строй и отправлялись на фронт.

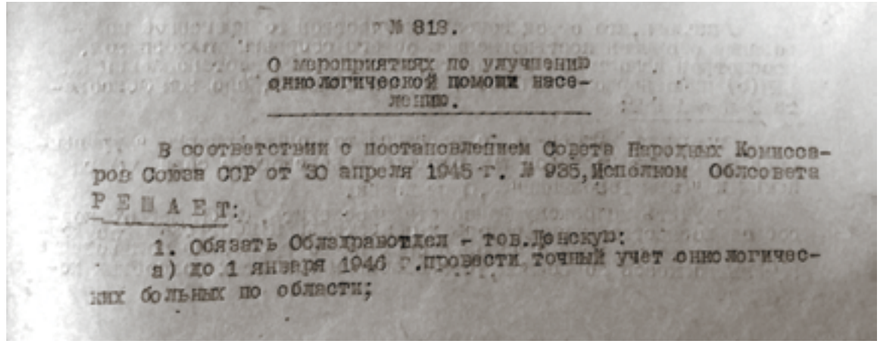
После революции 1917 года и гражданской войны в здании, которое по привычке продолжали называть Общиной Красного Креста, размещалась 4-я городская больница. Позднее его передали Костромской областной больнице, в качестве хирургического отделения. Новая жизнь корпуса началась в 1960-м, когда сюда перевели онкологический диспансер. До этого момента костромскую онкослужбу можно было сравнить с «бедным родственником». Обратимся к архивным документам.

РОЖДЁННАЯ ПОБЕДНОЙ ВЕСНОЙ

Ещё не закончилась Великая Отечественная и советские войска штурмовали Берлин, а страна уже думала, как ей жить после войны, как наладить мирную жизнь, от которой все уже отвыкли. Именно победной весной 1945-го, 30 апреля, вышло **Постановление Совета Народных Комиссаров СССР № 935 «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению»**. Считается, что документ положил начало онкологической службе в Советском Союзе. Тогда была поставлена задача менее чем за два года открыть в стране 126 онкологических диспансеров, обеспечить их радием и рентгеновской аппаратурой, а также подготовить квалифицированные кадры врачей-онкологов и организовать регистрацию и учёт заболевших. Найдём мы в Постановлении и про Костромскую область. Ей предписывалось «развернуть» в 1946 году областной онкодиспансер на 20 коек и общежитие (пансионат) на 10 коек для размещения приезжих пациентов.

Конечно, в послевоенное лихолетье было трудно всем республикам, краям и областям обескровленной страны. Но важно помнить и понимать, что костромичам приходилось тяжелей многих других. Регион был воссоздан в 1944 году и только-только начинал создавать областные структуры – в управлении, экономике, социальной сфере. При острой нехватке средств и квалифицированных кадров практически везде. То, что мы начинали с нуля, у соседей в других регионах было сформировано и отлажено ещё до войны. Трудности становления в полной мере переживала и медицина. А тут ещё Москва обязала заниматься новым – антираковым – направлением.

Вслед за постановлением Совнаркома СССР Костромская область приняла свой документ – **первый** в организации онкослужбы.



№ 819.

О мероприятиях по улучшению
онкологической помощи населению.

В соответствии с постановлением Совета Народных Комиссаров Союза ССР от 30 апреля 1945 г. № 935, Исполком Облсовета

Р Е Ш А Е Т:

1. Обязать Облздравотдел - тов.Донскую:

а) до 1 января 1946 г. провести точный учет онкологических больных по области;

Решение Костромского Исполкома Облсовета об открытии онкодиспансера, 1945 год

«О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению.

В соответствии с постановлением Совета Народных Комиссаров Союза ССР от 30 апреля 1945 г. №935, Исполком Облсовета РЕШАЕТ:

1. Обязать Облздравотдел – тов. Донскую:

а). до 1 января 1946 г. провести точный учёт онкологических больных по области;

*б). **открыть в 1 квартале 1946 г. в г. Костроме областной онкологический диспансер** на 20 коек и организовать пансионат на 10 коек для приезжающих на лечение больных;*

в). для обслуживания северных районов области организовать с 1 января 1946 г. в г. Шарье пункт по борьбе с заболеваниями раком на базе поликлиники и городской больницы.

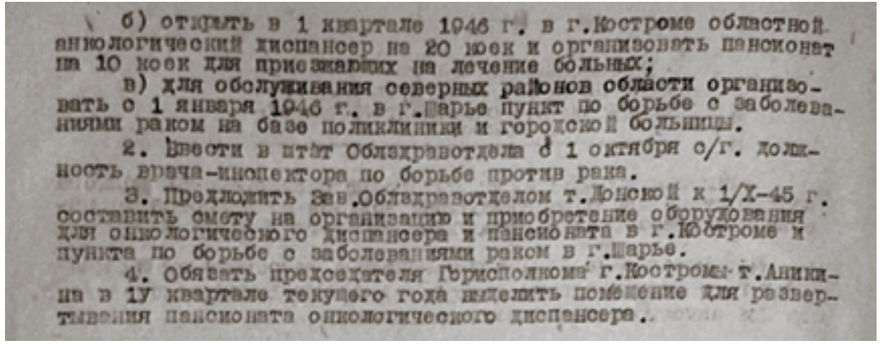
2. Ввести в штат Облздравотдела с 1 октября с/г. должность врача-инспектора по борьбе против рака.

3. Предложить Зав. Облздравотделом т. Донской к 1/X-45 г. составить смету на организацию и приобретение оборудования для онкологического диспансера и пансионата в г. Костроме и пункта по борьбе с заболеваниями раком в г. Шарье.

4. Обязать председателя Горисполкома г. Костромы т. Аникина в IV квартале текущего года выделить помещение для развёртывания пансионата онкологического диспансера.

(Из Протокола №19 Костромского Исполкома Облсовета, 1945 г., решение № 820)

Тогда же регион, вроде как, определил штат и зарплату работников будущего онкодиспансера.



б) открыть в 1 квартале 1946 г. в г.Костроме областной онкологический диспансер на 20 коек и организовать пансионат на 10 коек для приезжающих на лечение больных;

в) для обслуживания северных районов области организовать с 1 января 1946 г. в г.Шарье пункт по борьбе с заболеваниями раком на базе поликлиники и городской больницы.

2. Ввести в штат Облздравотдела с 1 октября с/г. должность врача-инспектора по борьбе против рака.

3. Предложить Зав.Облздравотделом т.Донской к 1/X-45 г. составить смету на организацию и приобретение оборудования для онкологического диспансера и пансионата в г.Костроме и пункта по борьбе с заболеваниями раком в г.Шарье.

4. Обязать председателя Горисполкома г.Костромы т.Аникина в IV квартале текущего года выделить помещение для развертывания пансионата онкологического диспансера..

Решение Костромского Исполкома Облсовета об открытии онкодиспансера, 1945 год

«***О штатном расписании Костромского областного онкологического диспансера.***

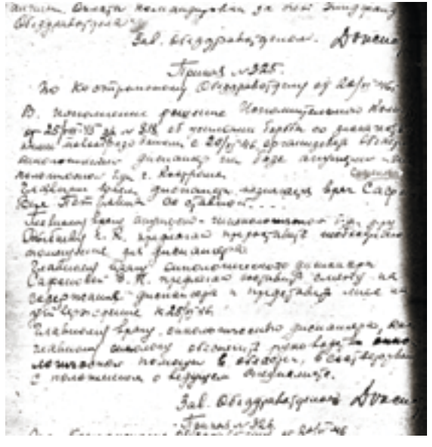
1. Установить штат Костромского областного онкологического диспансера с 20-тью диагностическими койками и пансионатом на 10 коек, согласно приложенного при этом штатного расписания, в количестве сорока четырёх с половиной /44,5/ штатных единиц с месячным фондом зарплаты административно-хозяйственного персонала две тысячи двести сорок (2240) рублей. Оклады медицинского персонала и прачки установить в соответствии с постановлением СНК СССР и ЦК ВКП (б) № 1974 от 13/XII - 1942 г.

2. Просить Совет Министров РСФСР ходатайствовать перед Государственной Штатной Комиссией при Совете Министров СССР об утверждении указанного в п.1 штатного расписания».

(Из Протокола №19 Костромского Исполкома Облсовета, 1945 г., решение № 812)

Ещё сохранился рукописный вариант **проекта** приказа облздравотдела от 20 июня 1946 года о предложении выделить под онкодиспансер часть помещений городской акушерско-гинекологической больницы. Она располагалась на улице Свердлова, 11 (в наше время там – городская поликлиника). В проекте указывается и имя предполагаемого первого главного врача будущего онкодиспансера. Им должна была стать врач акушерско-гинекологической больницы Сафонова Вера Петровна. Но...

Но как развивались события дальше, в архивных документах провал до 1950-х годов. Есть обрывочные данные, которые свидетельствуют, что онкодиспансер официально так и не был создан ни в 1946-м, ни в последующие несколько лет. Штатное расписание, как и назначение главного врача, остались проектом, на бумаге. А койко-места для «раковых» больных «раскидали» по нескольким больницам. Скорее всего, это были областная, городская больницы и точно можно сказать – акушерско-гинекологическая.



Проект приказа облздравотдела о назначении В. П. Сафоновой, 1946 год

В областном «партийном» архиве (сейчас это ГАНИКО) сохранился документ о результатах проверки «женской лечебницы». Состояние её было ужасное! Сегодня такое и представить страшно, а в тяжелое послевоенное время никого не удивляло. Но в этом документе мы находим, наверное, первое упоминание о **«раковых больных»**. Значит, для них уже в 1946 году были выделены койко-места и проводилось какое-то лечение.

«В помещении гинекологической больницы грязно, сыро, со стен течёт, потолок находится в аварийном состоянии. Стены первого этажа родильного отделения в коридоре и палатах заплесневелые, оконные рамы гнилые, грязные, стёкла не моются. Потолок 2-го этажа гинекологического отделения, особенно над лестницей, грозит обвалом из-за того, что крыша худая и течёт, такое же состояние потолка и в ряде палат гинекологического отделения.

Воздух в палатах сырой, помещения не отапливаются с 15-го марта. Температура в палатах от 11 до 14 градусов. Помещения гинекологической больницы, как и родильного отделения, чрезвычайно тесные. Больные из-за холода и отсутствия горячей воды при приёме в больницу санобработку не проходят, в гинекологическом отделении в палатах лежат на койках больные в тёплых шерстяных платках, в вязаных шерстяных кофтах и валенках.

Больничное бельё застиранное, т.к. больница получает очень мало мыла. Поэтому стирка белья ведётся часто без мыла... На момент проверки в больнице его не было ни грамма, даже для мытья рук в операционных. Есть случаи, когда больные в чистом, вновь выданном белье находили гниды и вши...

В палатах наблюдается страшная вонь ввиду того, что матрацы и солома в них пришли в негодность и требуют немедленной замены.

Необходимо обновление гинекологического и хирургического инструмента, в больнице нет медикаментов, инсулина, хлористого кальция, глюкозы, рыбьего жира, касторки и др.

Чрезвычайно тяжелое положение в больнице с питанием. Обеды очень однообразные и пустые – щи из мороженой капусты и овсяная каша. Больные жалуются, что голодно. Они не получают уже продолжительное время мясного или рыбного питания. ***Для раковых больных необходима солёная рыба, но они её так и не получают...***

Зам. председателя горисполкома /Теперская/

Инструктор костромского горкома ВКП (б) / Соловьёва/»

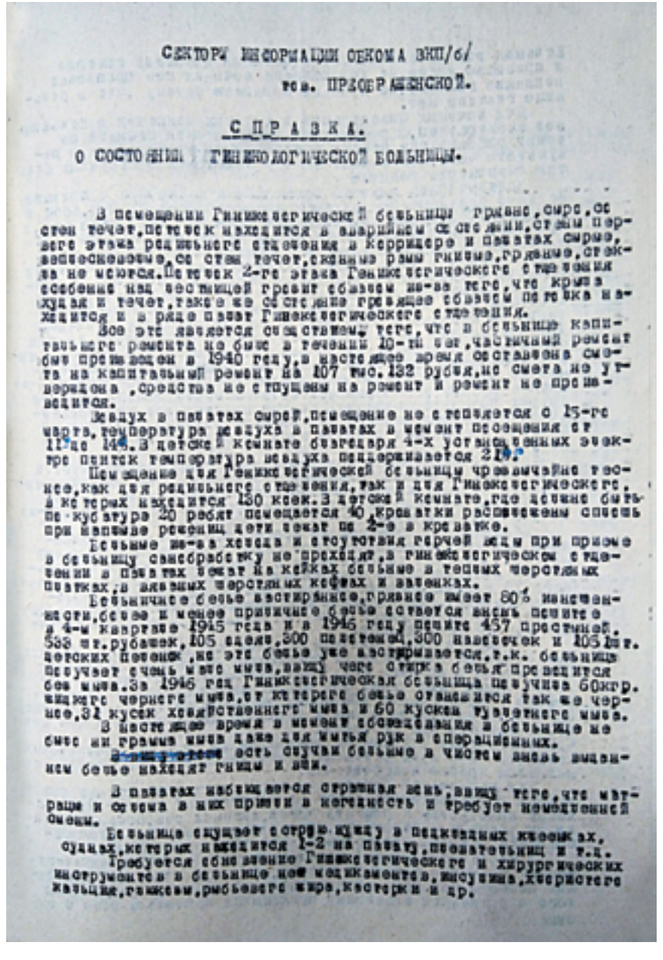
(Из справки «О состоянии гинекологической больницы» сектору информации обкома ВКП (б), 1946 г.)

Зачем «раковым больным» была «необходима солёная рыба», сегодня остаётся только гадать. Никто из современных врачей-онкологов не смог ничего сказать о полезности этого продукта для данной категории пациентов.

Что касается ранней истории самого онкодиспансера, то наиболее ценным материалом представляется краткое описание архивных документов, которыми располагал Областной архив (сейчас – ГАКО) в 1969 году. Оно свидетельствует, что Областной онкологический диспансер официально был создан не в 1946-м, а в 1949 году.

«Предисловие

Костромской областной онкологический диспансер был ***создан*** *в Костроме Приказом Облздравотдела №214 от* ***6 апреля 1949***



СЕКТОРУ ИНФОРМАЦИИ ОБКОМА ВКП/б/

тов. ПРОСВЕРЯКОВОЙ.

СПРАВКА.

О СОСТОЯНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

В помещении Гинекологической больницы грязно, сыро, со стен течет, потолок находится в аварийном состоянии, стены первого этажа родильного отделения в коридоре и палатах сырые, вентиляционные, со стен течет, оконные рамы гнилые, грязные, стекла не моются. Потолок 2-го этажа Гинекологического отделения особенно над вестибюлем грозит обвалом из-за того, что крыша худая и течет, такое же состояние грозящее обвалом потолка находится в ряде палат Гинекологического отделения.

Все это является существенным тем, что в больнице капитального ремонта не было в течение 10-ти лет, частичный ремонт был произведен в 1940 году, в настоящее время составлена смета на капитальный ремонт на 107 тыс. 132 рубля, но смета не утверждена, средств не отпущены на ремонт и ремонт не производится.

Воздух в палатах сырой, помещение не отапливается с 15-го марта, температура воздуха в палатах и момент проведения ст 11°ас 14°. В детской Комнате дворгарда 4-х устроенных этажерок почти температура воздуха поддерживается 21°.

Помещение для Гинекологической больницы чрезвычайно тесное, как для родильного отделения, так и для Гинекологического, в которых находится 150 коек. В детской Комнате, где детские быть по-культуре 20 ребят помещается 40, кроватки расположены спинка при наличии ребенка дети лежат по 2-е в кроватке.

Больные по-за холода и отсутствия горячей воды при приеме в больницу самообработку не проходят, в гинекологическом отделении в палатах имеют на себе больные в тех же грязных палатах, в каких постельных кофтах и халатах.

Больничное белье постирано, грязное имеет 80% изношенности, белье и менее приличное белье состоит весь пришло в 4-м квартале 1945 года и в 1946 году пришло 457 простыней, 583 пт. рубашек, 105 халат, 300 пододеяльников, 300 наволочек и 105 пт. детских пеленок, но это белье уже выстирывается, т.к. больница получает очень мало мыла, вашу часть отпуска белья прекратили без мыла. За 1946 год Гинекологическая больница получила 60 кгр. хозяйственного мыла, от которого белье отмывается так же черное, 32 куска хозяйственного туалетного мыла.

В настоящее время в момент обследования в больнице не было ни грамма мыла даже для мытья рук в операционных.

Больница [illegible] есть случаи больные в частях имеют выделения белье находят гнид и вши.

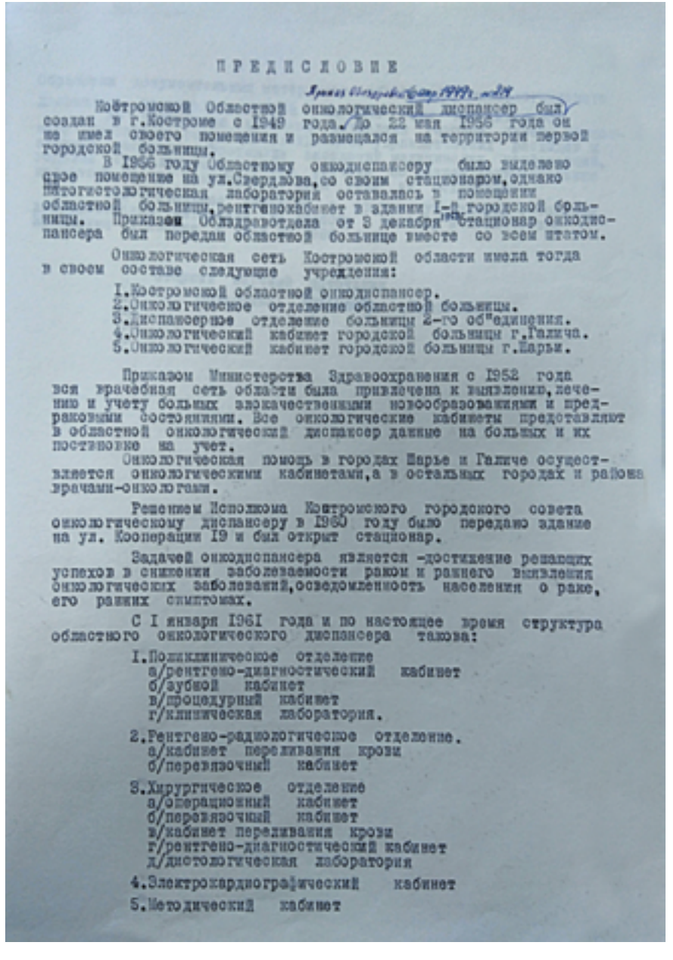
В палатах набухает отрезная вонь, вашу того, что матрацы и одеяла в них пришли в негодность и требуют немедленной смены.

Больница сидит сырую одну в подкладных клеенках, одеялах, которых имеются 1-2 на палату, полотенцах и т.д.

Требуется обновление Гинекологическое и хирургических инструментов в больнице нет медикаментов, инсулина, хлористого кальция, глюкозы, рыбьего жира, кастрюль и др.

Справка «О состоянии гинекологической больницы», 1946 год

Описание архивных документов онкодиспансера 1949–1969 годов сотрудником облархива Брезгиной, 1969 год



ПРЕДИСЛОВИЕ

Костромской Областной онкологический диспансер был создан в г.Костроме с 1949 года. До 22 мая 1956 года он не имел своего помещения и размещался на территории первой городской больницы.

В 1956 году областному онкодиспансеру было выделено здесь помещение на ул.Свердлова, со своим стационаром, однако гистологическая лаборатория оставалась в помещении областной больницы, рентгенокабинет в здании I-й городской больницы. Приказом Облздравотдела от 3 декабря стационар онкодиспансера был передан областной больнице вместе со всем штатом.

Онкологическая сеть Костромской области имела тогда в своем составе следующие учреждения:

1. Костромской областной онкодиспансер.
2. Онкологическое отделение областной больницы.
3. Диспансерное отделение больницы 2-го об"единения.
4. Онкологический кабинет городской больницы г.Галича.
5. Онкологический кабинет городской больницы г.Шарьи.

Приказом Министерства Здравоохранения с 1952 года вся врачебная сеть области была привлечена к выявлению, лечению и учету больных злокачественными новообразованиями и предраковыми состояниями. Все онкологические кабинеты представляют в областной онкологический диспансер данные на больных и их постановке на учет.

Онкологическая помощь в городах Шарье и Галиче осуществляется онкологическими кабинетами, а в остальных городах и районах врачами-онкологами.

Решением Исполкома Костромского городского совета онкологическому диспансеру в 1960 году было передано здание на ул. Кооперации 19 и был открыт стационар.

Задачей онкодиспансера является -достижение решающих успехов в снижении заболеваемости раком и раннего выявления онкологических заболеваний, осведомленность населения о раке, его ранних симптомах.

С I января 1961 года и по настоящее время структура областного онкологического диспансера такова:

I. Поликлиническое отделение
   а/рентгено-диагностический кабинет
   б/зубной кабинет
   в/процедурный кабинет
   г/клиническая лаборатория.

2. Рентгено-радиологическое отделение.
   а/кабинет переливания крови
   б/перевязочный кабинет

3. Хирургическое отделение
   а/операционный кабинет
   б/перевязочный кабинет
   в/кабинет переливания крови
   г/рентгено-диагностический кабинет
   д/цитологическая лаборатория

4. Электрокардиографический кабинет

5. Методический кабинет

года. *До 22 мая 1956 года он не имел своего помещения и размещался на территории первой городской больницы.*

В 1956 году Областному онкодиспансеру было выделено своё помещение на ул. Свердлова, со своим стационаром, однако патогистологическая лаборатория оставалась в помещении областной больницы, рентгенкабинет в здании 1-й городской больницы. Приказом Облздравотдела от 3 декабря 1959 года стационар онкодиспансера был передан областной больнице вместе со всем штатом.

Онкологическая сеть Костромской области тогда имела в своём составе следующие учреждения:

1. Костромской областной онкодиспансер.

2. Онкологическое отделение областной больницы.

3. Диспансерное отделение больницы 2-го объединения.

4. Онкологический кабинет городской больницы г. Галича.

5. Онкологический кабинет городской больницы г. Шарьи.

Приказом Министерства здравоохранения с 1952 года вся врачебная сеть области была привлечена к выявлению, лечению и учёту больных злокачественными новообразованиями и предраковыми состояниями. Все онкологические кабинеты представляют в областной онкологический диспансер данные на больных и их постановке на учёт.

Онкологическая помощь в городах Шарье и Галиче осуществляется онкологическими кабинетами, а в остальных городах и районах врачами-онкологами.

Решением Исполкома Костромского городского совета онкологическому диспансеру в 1960 году было передано здание на ул. Кооперации, 19 (ныне – ул. Нижняя Дебря, 19. – ***Авт.****) и был открыт стационар.*

Задачей онкодиспансера является – достижение решающих успехов в снижении заболеваемости раком и раннего выявления онкологических заболеваний, осведомлённость населения о раке, его ранних симптомах.

Обработка документальных материалов областного онкологического диспансера проводилась с 1952 по 1966 годы включительно.

На постоянное хранение оставлены годовые отчёты областного диспансера, сметы административно–управленческих расходов и штатные расписания, протоколы заседаний медицинских конференций, годовые бухгалтерские отчёты, отчёты по кадрам. Документальные материалы со дня основания до 1952 года не сохранились.

На постоянное хранение в архиве учреждения оставлены документальные материалы по личному составу в количестве 39 единиц хранения с 1949 по 1966 годы.

Старший научный сотрудник Облархива:
/Брезгина/10 марта 1969 г.»

Но вся беда в том, что большая часть документов онкодиспансера, поступивших в Облархив по линии Облздравотдела и на которые ссылается сотрудник Брезгина, до наших дней не дошла. Это весь массив **с 1949 по 1963 годы**. Ценнейшие для нас документы **сгорели в пожаре**, который случился в 1982 году. Тогда Облархив располагался в здании Богоявленского собора. Правда, фонды Облисполкома пострадали в меньшей степени. Там мы и нашли некоторые документы, касающиеся ранней деятельности онкодиспансера – в 1950 годы. Но их совсем немного, как говорится, по пальцам пересчитать. И в них нет информации по персоналиям, с именами и фамилиями. Собранные по крупицам данные мы приведём далее.

Первый документ о штате онкодиспансера относится к 1951 году. Возможности были весьма скромные. Под персонал отводилось всего 18,5 штатных единицы, в 2,5 раза меньше, чем закладывалось в решении Облисполкома от 1945 года. Судя по должностям, основным и, скорее всего, единственным методом в лечении являлся хирургический. В диагностике применялись рентгеновские аппараты отечественного производства.

Примечательно, что кроме онкодиспансера, в одном и том же документе облисполкома, утверждаются штатные расписания венерологического и врачебно-физкультурного диспансеров. И судя по тому, что персонал венерологического впятеро больше онкологического, рак в те годы представлялся куда меньшей угрозой, чем «болезни от любви»…

«В соответствии с постановлениями Совета Министров СССР (далее – перечисление. – Авт.) исполком облсовета решил:

1. Утвердить штаты Костромского областного кожно-венерологического диспансера в количестве 82,5 единицы, областного врачебно-физкультурного диспансера в количестве – 6 единиц, ***областного онкологического диспансера в количестве 18,5 единицы****.*

2. Обязать Заведующего Облздравотделом т. Макарова установить должностные оклады медицинского персонала в соответствии с постановлением СНК СССР и ЦК ВКП (б) № 1974 от 13/XII-1942 г. …Должностные оклады главных врачей, их заместителей и бухгалтеров объединённых диспансеров установить в соответствии с постановлением Совета Министров СССР №5020 от 22/ XII-1950 г.

(Из решения №14 Костромского Исполкома Облсовета, 8 мая 1951 г.)

«Штат Костромского областного онкологического диспансера.

(Наименование должностей – количество единиц штата)

Главный врач – 1

Врач-хирург – 1

Врач-гинеколог – 1

Врач-отоларинголог – 0,5

Врач-заведующий организ.-методическим кабинетом – 1

Врач-рентгенолог – 1

Врач-патогистолог – 1

Медицинские сёстры – 2

Патронажные сёстры – 2

Медицинский регистратор – 1

Медицинский статистик – 1

Рентгенолаборант – 1

Лаборант – 1

Санитарки – 4

Всего штата – 18,5

(Приложение к решению №14 Костромского Исполкома Облсовета, 8 мая 1951 г.)

ШТАТ

Первый штат
Костромского онкологического диспансера,
1951 год

Даже немногие сохранившиеся архивные документы Облисполкома говорят о том, что онкодиспансер в первое десятилетие своего существования находился на положении «бедного родственника» и отношение к службе было по остаточному принципу. К тому же она была разбросана по разным медучреждениям. Сам диспансер располагался в городской поликлинике, там же прием вели хирург и гинеколог, а койки – в акушерско-гинекологической, городской и областной больницах. В 1952 году под стационар онкодиспансера решением Облисполкома выделили отдельное помещение. В этом же документе мы найдём краткое описание ситуации с онкологической помощью во всей Костромской области.

«О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению области.

В ряде городов и районов области – гор. Костроме, Макарьевском, Боговаровском, Вохомском, Межевском районах – обслуживание онкологических больных находится в неудовлетворительном состоянии. До сих пор органы здравоохранения не организовали должного учёта заболеваемости населения раком и не приняли необходимых мер к улучшению постановки дела.

Онкологический диспансер в городе Костроме размещён в поликлинике Свердловского района и не имеет стационарного отделения. Госпитализация онкологических больных ведётся не полностью и несвоевременно. Имеющийся в онкодиспансере рентгенотерапевтический аппарат бездействует, в связи с отсутствием помещения.

Исполком Облсовета Р Е Ш И Л:

1. ***Разместить стационар на 20 онкологических коек****, рентгено-диагностический, рентгенотерапевтический кабинеты, лаборатории и пр. в помещении аптеки по* ***ул. Пролетарская, д. № 62*** (сейчас это **пр. Текстильщиков**, но дома № 62 там нет. Скорее всего, это одно из старых зданий Окружной больницы №1. – **Авт.**)*, после перевода аптеки во вновь отстроенное здание по улице Симановского, № 21.*

---

3. Обязать Облздравотдел принять меры по улучшению онкологической помощи в городах и районах области. В этих целях:

а/ укомплектовать в 1952 году врачебные должности и должности среднего медицинского персонала в онкологическом диспансере;

б/ привлечь к работе по выявлению и лечению онкологических больных все лечебные учреждения области;

в/ установить ежегодные задания райгорздравотделам по профилактическим осмотрам населения и обеспечить своевременное выявление онкологических больных;

г/ развернуть санитарно-просветительскую работу среди населения по борьбе с онкологическими заболеваниями – путём организации лекций, бесед медицинского персонала, использования местной печати и радио».

(Из решения № 1053 Исполкома Облсовета, 1 сентября 1952 года)

На улице Пролетарской, 62 (ныне пр. Текстильщиков), стационар онкодиспансера размещался недолго. Уже в 1956 году под него отводят здание на улице Свердлова, 12 (в 1970-1980 годы там располагался кожвендиспансер, в наше время – центр матери и ребёнка). С финансами и помещениями в те годы, судя по всему, было совсем туго. Поэтому, чтобы что-то дать одним, «отщипывали» от других. Приведём здесь весьма любопытный документ.

«О развёртывании стационара Областного онкологического диспансера в 1956 году.

1. Разрешить Облздравотделу развернуть стационар ***на 25 коек*** *при Областном онкологическом диспансере с 15 сентября 1956 года* ***за счёт уменьшения*** *на равное количество мест коечного фонда вендиспансера.*

2. Увеличить смету расходов онкодиспансера на 57 тыс. рублей на развёртывание коек, на капитальный ремонт и приспособление здания ***по улице Свердлова, дом №12****, одновременно уменьшить на равную сумму ассигнования, предусмотренные по смете Облздравотдела на 1956 год на курсовые мероприятия.*

---

6. Обязать Облздравотдел /тов. Уездину/, ***главного врача онкодиспансера /тов. Клименко/*** *закончить все ремонтные работы в здании, передаваемом онкодиспансеру по ул. Свердлова, дом №12».*

(Из решения №384 Костромского Исполкома Облсовета, 28 августа 1956 года)

«Тов. Клименко» – это тогдашний главный врач Костромского областного онкологического диспансера **Светлана Ивановна Клименко**. По специальности – хирург. Есть упоминание о ней, как главврач «онко», в двух документах от 1955 и 1956 годов. Другой информации о Клименко до наших дней не дошло.

В конце 1950-х годов онкологический диспансер возглавил **Рафаил Владимирович Кублицкий**. Родился он в 1918 году, предположительно, в Петрограде. Окончил Московский медицинский институт. В августе 1941 года был призван на фронт. Прошёл всю Великую Отечественную войну в качестве врача-хирурга фронтового госпиталя. Был ранен и контужен, но вернулся в строй. Награждён медалями и орденом Отечественной войны II степени. После войны приехал на родину жены, в Кострому. Несколько лет работал в

Нерехте главным врачом и хирургом городской больницы. Как писал сам Кублицкий в письме в адрес обкома ВКП(б), нерехтскую больницу он принял «в крайне запущенном состоянии», но «сумел вместе с коллективом сделать её одной из лучших в области».

Главным врачом областного онкологического диспансера Рафаил Владимирович работал с конца 1950-х (точно год мы не знаем) до 1964-го. При Кублицком медучреждение и его подразделения наконец-то обрели свою постоянную крышу над головой. В 1960 году решением Исполкома Костромского горсовета онкологическому диспансеру было передана часть здания областной хирургической больницы на ул. Кооперации, 19 (ныне – ул. Нижняя Дебря, 19. – **Авт.**), где он – и по сей день. Это тот самый бывший дом Федоровской общины Красного Креста, построенный в начале XX века, о чём мы рассказывали в предыдущей главе. Здесь же разместились стационар, что позволило расширить его до 135 коек, хирургическое и лучевое отделения, развёрнуты рентгенодиагностическая служба и клиническая лаборатория, открыты кабинеты глубокой и близкофокусной рентгенотерапии.

Костромской онкологический диспансер, 1960–1980-е годы

КУРС НА РАЗВИТИЕ

К 1960 годам в Союзе был взят курс на поступательное развитие – как всей системы здравоохранения, так и онкологической службы. Страна восстановилась после войны, появились возможности вкладывать средства в медицину, в здоровье человека. В практику были введены профилактические осмотры населения с «формированием групп лиц высокого онкологического риска» (скрининг). Сбором и обработкой статистики занимался Центральный онкологический институт (ЦОИ) им. П. А. Герце-

Александр Иванович Хапский

А. И. Хапский (в нижнем ряду, в центре) с сотрудниками онкодиспансера, 1970-е годы

на, который был создан ещё в конце 1920-х годов в Москве. А в 1950 годы в столице открываются два крупнейших академических центра. Это Институт экспериментальной патологии и терапии рака (ныне – Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина) и Институт медицинской радиологии АМН СССР в Обнинске. И тогда и сегодня их предназначение – фундаментальные исследования и внедрение в практику передовых технологий. И, конечно, стала налаживаться работа по борьбе с онкологическими заболеваниями в регионах. К середине 1960-х годов только в РСФСР насчитывалось 116 онкологических диспансеров и было развёрнуто около 14 тысяч онкологических коек.

В 1964 году главным врачом Костромского областного онкологического диспансера был назначен **Александр Иванович Хапский**. Человек-эпоха, ведь учреждением он руководил более двадцати лет. Родился в Костромском районе. Участвовал в Великой Отечественной, имел боевые награды. Сразу после войны пошёл учиться на врача.

«Хапский Александр Иванович – главный врач диспансера, окончил Ярославский медицинский институт в 1951 году. В 1954, 1959, 1967 годах прошёл курсы усовершенствования по хирургии, урологии, клинической радиологии. Неоднократно проходил специализацию на рабочих местах. Имеет высшую аттестационную категорию. В диспансере работает с 1964 года, в 1966 году ему присвоено звание «Заслуженный врач РСФСР».

(Из годового статистического отчёта Костромского областного онкологического диспансера за 1985 год)

История назначения Хапского в «онко» передавалась от одного поколения врачей другому.

*«Мне, ещё молодому, эту историю рассказывала Тамара Валентиновна Глушкова, замечательный хирург, в 1980-е она заведовала хирургическим отделением онкодиспансера. До «онко» Александр Иванович Хапский был заведующим хирургическим отделением, но во 2-й горбольнице (сейчас – окружная больница №1. – **Авт.**). Работал он хорошо, зарекомендовал себя как врач и организатор и, судя по всему, попал в поле зрения областного руководства. В начале 1960-х годов непродолжительное время главврачом онкодиспансера был хирург Кублицкий. Его переманили в Ярославль, и учреждение осталось и без руководителя и, по сути, без хирургического направления. Были только радиологи да поликлинические врачи. И Хапского вызвали в облздравотдел, по нынешнему – депздрав. Начальник облздравотдела Алексей Дмитриевич Тюляндин ему и предложил должность главного врача онкодиспансера. А в те времена здесь в большинстве лежали уже с четвёртой степенью рака – желудка, печени, прочих органов. Не знали, что с такими делать и отправляли, по сути, умирать, в «онко». И Тюляндин Хапскому поставил задачу – наладить работу онкодиспансера. И пообещал всяческое расположение к нему медицинского начальства.*

Хапский стал подбирать кадры, и когда я пришёл туда в 1972 году, там работали великолепные врачи. К примеру, Кушнир Виктор Петрович, заведующий 2-м онкологическим отделением.

*Курс был взят на организацию отделений – по направлениям. И ещё поставлена задача – не превращать диспансер в «последний путь» для больных четвёртой степени. То есть стараться **выявлять и лечить на ранних стадиях**. Постепенно, постепенно. Появились 1-е хирургическое отделение, 2-е хирургическое, радиологическое и так далее. Александр Иванович Хапский довольно быстро добился результатов на новой работе. Не зря же ему дали «заслуженного врача».*

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1988–2000 годах – главным врачом)

При Хапском онкодиспансеру передаётся всё здание бывшей областной хирургической больницы (дома Фёдоровской Общины Красного Креста). Это позволило увеличить коечный фонд стационара до 165 коек, организовать диспансерное поликлиническое отделение. Были выделены специальные палаты для внутриполостной терапии гинекологических больных методом ручного подведения радиоактивного кобальта в иглах. Создавались районные онкокабинеты в ЦРБ области. Штат онкодиспансера вырос до 200 единиц, из которых 30 приходилось на врачей.

Архивные документы Облздравотдела, не затронутые пожаром 1982 года, дают представление о деятельности онкодиспансера и проблемах, которые приходилось решать Александру Ивановичу Хапскому и коллективу учреждения в те годы.

«В Костромской области онкологическая помощь населению осуществляется сетью учреждений, состоящих из областного онкологического диспансера и восьми онкологических кабинетов. Два из них работают с 1950 года – в Шарье и Галиче. Три – в Костроме с 1960 года. И три – в Буе, Мантурове, Макарьеве с 1963 года.

В семнадцати районных больницах выделены врачи, ответственные за онкологическую помощь, которые прошли краткосрочную специализацию при онкологическом диспансере...

...Онкологический диспансер оснащён современной рентгенотерапевтической и рентгенодиагностической аппаратурой, инструментарием для эндоскопических исследований. С начала 1964 года в онкологическом диспансере функционирует радиологическое отделение с использованием закрытых источников. Широко применяется химиотерапевтический метод лечения, как дополнительный к хирургическому...

...Онкологический диспансер в основном ведёт консультативные приёмы больных, которые направляются врачами из других лечебно-профилактических учреждений. К сожалению, следует отметить, что должного порядка в направлении больных из лечебных учреждений до сих пор нет. Больные чаще всего направляются на обследование без лабораторных данных и рентгеноскопических исследований. Бывают случаи, когда в направлении не указывается диагноз или цель направления на консультацию. Врачи общелечебной сети ещё не включились в работу по онкологии со всей ответственностью, а поэтому не принимают участия в отборе больных, нуждающихся в консультации...

...В течение ряда последних лет плохо обстоит дело со снабжением барием, плёнками

и фотореактивами, что сказывается на работе рентгенкабинетов и нередко приводит к прискорбным ошибкам...»

(Из отчёта Костромского областного онкологического диспансера за 1964 год)

В 1960-е годы в Костромской области ежегодно выявлялись порядка 1500 новых заболевших раком жителей – 170 человек на 100 000 населения (для сравнения в наше время по России – больше 400 человек на 100 000 населения). В те годы 40 процентов онкологических заболеваний приходилось на желудок, на матку – 11, кожу – 9, легкие – 8, пищевод – 6, другие органы – незначительные проценты. Наиболее поражаемый возраст – 50-70 лет. Среди больных женщин было в полтора раза больше, чем мужчин. «Городских» и «сельских» пациентов примерно поровну. Причинами «запущенности» онкологических заболеваний являлись несвоевременное обращение больных – 27 процентов случаев, скрытое течение болезни – 25, остальное – ошибки диагностики, неполное или длительное обследование. Думаем, эта статистика будет интересна нынешним поколениям врачей и поможет представить, как изменилась ситуация в онкологии за последние полвека...

Медицинское оборудование, аппаратура, инструментарий, расходные материалы в советские годы в основном были отечественного производства или стран соцлагеря. Наша техника отличалась простотой в обслуживании, но нередко уступала зарубежным аналогам по качеству и техническим возможностям. Централизованные же закупки за границей государством проводились в ограниченном количестве. Считалось, что Страна Советов в условиях «железного занавеса» должна стремиться к самодостаточности во всех сферах жизни и отраслях экономики и рассчитывать только на себя. Но полная закрытость от внешнего мира вряд ли способствовала развитию. Приведем одну историю из воспоминаний ветерана службы.

«В начале 1970-х годов была история, в результате которой наш онкодиспансер «заимел» фиброгастроскоп зарубежного производства. В Костроме в качестве туристов оказалась семейная пара из Японии. У мужа был рак желудка, и здесь случилось обострение. Этот японец попал к нам, и мы сделали ему резекцию. Успешно. Недели через две пара спокойно уехала домой. Но пока японец восстанавливался после операции, успел увидеть, каким оборудованием мы пользуемся. А у нас тогда была допотопная советская техника. Громоздкая, с резиновой трубкой сантиметров двадцать и пятачком железным на конце. С помощью этого прибора, похожего на дубинку, мы пытались желудок больного посмотреть. Японец тогда только и сказал, что у них техника намного лучше. Она стоила четыре тысячи долларов, по тем временам огромная сумма. Конечно, зарубежное оборудование за такие деньги мы не могли приобрести.

И японец потом прислал нам в подарок, как благодарность, современный фиброгастроскоп японского производства. Им мы пользовались почти 10 лет. Кстати, та история была на слуху в Костроме».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

Кострома, вид на Волгу и ул. Кооперации, где расположился онкодиспансер (место под отделение гаммотерапии и поликлинику пока пустует). 1970-е годы

При Хапском в начале 1970-х годов было создано химиотерапевтическое отделение. Причем **одним из первых** в стране. Этот метод лечения только начинал внедряться в онкологии. Александр Иванович доверил новое направление молодому врачу Вячеславу Иванову, который совсем недавно пришёл работать в онкодиспансер и подавал большие надежды.

«Помню, в начале 1970-х Хапский меня направил в Минск, на 2-й съезд химиотерапевтов. Я походил по Минску, посмотрел у них в «онко», что такое химиотерапия. У нас в Костроме её ещё толком не было. И потом мы создали у нас химиотерапевтическое отделение. Причем такие были только в Москве, Ленинграде, Минске и Костроме. И я стал первым заведующим химиотерапевтическим отделением.

Конечно, если сравнивать с сегодняшним временем, то мы работали, что называется, по площадям. Это сейчас техника и технологии позволяют точечно воздействовать на раковые клетки, а раньше за неимением возможностей мы работали грубо, в общем, задевая и здоровые органы, часто – весь организм. Приходилось бить по раковым клеткам большим количеством химпрепарата. Конечно, определёнными терапевтическими средствами «прикрывали» здоровые органы – печень, почки, селезёнку – от действия «химии», но защита не всегда срабатывала. Такую защиту вводили внутривенно, это целая наука была. Кстати, тогда в стране она была хорошо разработана. Я каждый год ездил на семинары за опытом и знаниями в Москву и Ленинград. А походу ещё и на заводы заезжал. Например, в Ленинграде договаривался

о поставках эндоскопов. Так с миру по нитке собирали оборудование для химиотерапевтического отделения».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском Областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

В середине 1980-х годов штат онкодиспансера насчитывал уже 240 сотрудников. Из них 40 – врачи: онкологи, радиологи, рентгенологи, анестезиологи, эндоскописты.

В учреждении работали профессионалы своего дела. Юрий Васильевич Илюшкин – заведующий хирургическим отделением, Виктор Петрович Кузьмин – заведующий 2-м хирургическим отделением, Тамара Валентиновна Глушкова – врач-радиолог высшей категории, Валентина Ивановна Иванова – врач-рентгенотерапевт, Сталина Павловна Гостищева – врач-радиолог, Ирина Ефимовна Позина – заведующая патоморфологической лабораторией, Аркадий Романович Пилипчук – врач-анестезиолог, заведующий поликлиническим отделением, Тамара Дмитриевна Рязановская – врач-радиолог I категории, Владимир Михайлович Матросов – врач-онколог I категории, Маргарита Александровна Корзунина – врач-рентгенодиагност, Маргарита Петровна Кучумова – врач-радиолог и многие другие.

В составе «онко» имелись хирургическое, химиотерапевтическое, радиологическое, поликлиническое и рентгенодиагностическое отделения, а также клиникобиологическая, патоморфологическая лаборатории, кабинеты фиброгастроскопии, эхотомоскопии. Количество коек в «онко» увеличилось до 185. Кроме того, в области было развёрнуто ещё 43 койки на базе городских и районных больниц – в Волгореченске, Вохме, Мантурове, Нерехте, Чухломе, Шарье и Галиче. В районах работало 15 онкологических кабинетов.

Усиление и развитие онкослужбы, как в Костромской области, так и в целом в стране, во многом было связано с осложнением общей ситуации с онкологическими заболеваниями. «Раковая» кривая год от года ползла вверх, причём касалось это не только Союза, а являлось мировой тенденцией. В 1980-е годы в Костромской области ежегодно выявляли до 2000 новых больных. За предыдущую четверть века рост составил 30 процентов. По-прежнему больше всего онкологических заболеваний приходилось на желудок, лёгкие, кожу. Больше стало случаев рака молочной железы.

В 1986 году главным врачом онкодиспансера стал **Вячеслав Анатольевич Иванов**. На этом посту он проработает до 2000 года. Иванов – заслуженный врач РФ.

«Иванов Вячеслав Анатольевич окончил Ставропольский медицинский институт в 1968 году. Работает в онкодиспансере с 1972 года. В 1971, 1973, 1974, 1975, 1977, 1979, 1982 годах прошёл курсы усовершенствования по хирургии, клинической радиологии, онкологии при ЦИУ г. Ленинграда, Москвы, Горького. Имеет высшую аттестационную категорию».

(Из годового статистического отчёта Костромского Областного онкологического диспансера за 1985 год)

Вячеслав Анатольевич Иванов

Родился Вячеслав Анатольевич Иванов в 1939 году в Ставрополе. После службы в армии окончил Ставропольский медицинский институт. По распределению попал в Костромскую область – в посёлок Зебляки Шарьинского района. В новой участковой больнице на 75 коек не хватало врачей, поэтому присылали молодых специалистов после вузов. Отработав три года в Зебляках, Иванов мог вернуться на малую родину, но пожелал остаться в Костроме.

«Я с женой, она была гинекологом, пошли на приём к начальнику облздравотдела Алексею Дмитриевичу Тюляндину. Тот посоветовался с главврачом онкодиспансера Александром Ивановичем Хапским. В «онко» нужны были кадры. Так мы оба в мае 1972 года попали в Костромской онкологический диспансер. Я начал работать простым врачом поликлинического приёма, совмещая полставки в онкохирургии. Постепенно – постепенно пошёл дальше – сначала на заведующего химиотерапевтическим отделением, а потом на начмеда.

В 1986 году Александр Иванович Хапский заболел. Какое-то время я исполнял его обязанности, а потом меня утвердили в должности главного врача. В тот период мы начали строительство радиологического корпуса или отделение телегаммматерапии. Когда построили, получили и поставили туда гамма-аппараты, рентгеновские аппараты. Корпус заработал».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском Областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

Радиологический корпус, введённый в строй в 1988 году, стал новым этапом в развитии онкодиспансера. Он разместился в новой пристройке и был оборудован двумя каньонами для аппаратов дистанционной и внутриполостной гамма-терапии (АГАТ-Р1 и АГАТ-ВУ). Это позволило применять для лечения онкологических больных новейшие по тем временам лучевые технологии и значительно повысить выживаемость пациентов.

Огромных трудов стоило не только само строительство пристройки под радиологический корпус. Проект приходилось «пробивать» в начальственных кабинетах не одно десятилетие, о чём свидетельствуют архивные документы. Вопрос поднимался ещё при главврача Хапском. Первое решение Исполкома Костромского Горсовета «разрешить онкодиспансеру строительство отделения телегаммматерапии» было принято в 1969 году.

Пристройка под отделение гаммaтерапии, 1980-е годы

Работа онкологов на аппарате АГАТ, 1990-е годы

В. А. Иванов с сотрудниками онкодиспансера

Потом подобные решения принимались и в 1975-м, и в 1979-м годах. Но до конца 1980-х они так и оставались на бумаге. Очевидно, дальше тянуть со строительством было нельзя, поскольку под радиологическое оборудование требовались новые помещения. И, конечно, большие организационные усилия пришлось приложить новому главному врачу.

«Вячеслав Анатольевич Иванов был сильный хозяйственник в качестве главного врача. И как специалист он тоже высоко ценился. Иванов – заслуженный врач России, а это звание дорого стоит, его дают немногим. И, кроме того, корпус лучевой терапии, располагавшийся в пристройке к старому зданию (сейчас там кроме телегаммaтерапии – поликлиническое отделение), это заслуга Вячеслава Анатольевича. Строительство, оснащение оборудованием, введение в эксплуатацию – всё было сделано под руководством Иванова. Это тоже была целая эпопея. Приходилось преодолевать и финансовые, и организационные трудности. Гладко никогда не было. Но осилили».

(Сергей Владимирович Котов, врач-онколог высшей категории)

Под руководством Вячеслава Анатольевича Иванова продолжилось укрепление материальной базы учреждения, внедрение **новых методов** диагностики и лечения. В 1987 году открыт кабинет ультразвуковой диагностики при поликлиническом отделении. В 1990 году создана палата интенсивной терапии на 8 коек.

Развитие остановили «лихие девяностые». Тогда речь шла уже о выживании здравоохранения, как и многих других сфер нашей жизни.

ЧЕРЕЗ ЛИХОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

В социальном государстве здравоохранение – одна из его основ, обеспечивающих охрану здоровья граждан. Так и было до девяностых годов. В лихое десятилетие медицину лихорадило, как, впрочем, и всю социальную сферу. Тем не менее, благодаря профессионализму и преданности своему делу врачей и медсестёр система здравоохранения выжила, даже в самые тяжёлые для неё времена, предоставляя жителям региона необходимую медицинскую помощь.

Главному врачу онкологического диспансера Вячеславу Анатольевичу Иванову и его коллективу приходилось решать проблемы, с которыми раньше не сталкивались. Острая нехватка средств, многомесячные задержки зарплаты, прекращение поставок новой техники. О модернизации и ремонтах на несколько лет пришлось забыть. Самое необходимое для работы медучреждения – продукты для столовой или же топливо для котельной – нужно было доставать самим.

«Тогда денег не было. Чтоб обеспечить диспансер самым необходимым, договаривались с предприятиями. К примеру, на красносельском ювелирном заводе провели медосмотр, охватили сразу 800 человек, выявили 20 больных. А ювелиры нас отблагодарили тонной... Нет, не золота. Тонной муки. Онкодиспансер сам выпекал хлеб, у нас же своя печка была, ещё со стародавних, царских времён. Мы так и стационар кормили, и своим сотрудникам хлеб выдавали. Такие времена были, что люди буханке радовались.

По мясу заключили договор со свинофермой на улице Юбилейной, которая относилась к воинской части. Мы собирали все объедки в четыре больших бака и отправляли регулярно туда. А свиноферма раз в квартал выделяла нам определённое количество мяса. Оно тоже шло в столовую. Кормили больных и что-то выдавали персоналу диспансера.

А что касается лечебного дела, то новой техники не было. Но худо-бедно мы получали централизованно перевязочные материалы и медпрепараты. «Химиотерапия» шла по разнарядке из Москвы. То есть и в лихие 90-е частично в здравоохранении продолжала действовать советская система распределения, что в какой-то степени нас спасало. Сохранялись договоры с фармацевтическими заводами, которые выпускали циклофосфан и прочие таблетки. А мы им отсылали отчёты – сколько пролечено, какой эффект и прочее. Производителям эти сведения были нужны. То есть у нас всё было расписано по больным и лечению. Вот так и выживали».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском Областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

«В лихие девяностые, как и во все времена, врачи оказывали посильную медицинскую помощь. Конечно, было тяжело. В материальном, финансовом плане. Обеспечение было скудное. Оно никогда не отличалось изобилием, но в девяностые, приходилось особенно тяжело. Получение лекарств, расходных материалов, прочего, всё находилось на грани. Но... всё равно как-то справлялись с ситуацией. При помощи финансирования медстраха, средств бюджета и, чего греха таить, за счёт средств самих пациентов и их

Онкологический диспансер в 1990-е годы

родственников. Доходило и до этого – во имя спасения здоровья и жизни. Чего скрывать. В девяностые по-другому было никак. А потом, в двухтысячные, потихоньку, полегоньку стало налаживаться.

(Сергей Владимирович Котов, врач-онколог высшей категории)

Тем не менее в трудные, казалось, беспросветные времена в онкодиспансере не оставляли надежду на лучшее. И следили за мировыми новациями в онкологии, используя любую возможность внедрить их у себя, даже в условиях безденежья и при минимальной поддержке со стороны государства.

*«О **линейных ускорителях** я начал задумываться ещё в начале 1990-х. Когда шел развал страны. Таких аппаратов на всю Россию тогда было всего пять. В Москве, Питере, Иваново и где-то в Сибири. В это же время в Европе линейных ускорителей в онкологии насчитывалось уже 350(!) Я тогда съездил в Германию, посмотрел, как эта техника там работает. Линейные ускорители позволяют очень тонко, буквально точечно воздействовать ионизирующим облучением на злокачественные образования, не задевая другие органы. Практически безболезненно для пациента. Я пришёл к окончательному выводу о необходимости линейных ускорителей. Было ясно, что под такую технику нужно строить отдельный корпус. Но как, когда на дворе безвременье и не пойми что? По этому вопросу я даже в профильном комитете Госдумы выступал. Доказывал, что нам в Костроме, с учётом роста онкозаболеваний, нужно развивать лучевую терапию. И, представьте, помогло. В конце 1990-х мы начали строительство нового корпуса под линейные ускорители. Кроме Костромы, такая же стройка тогда развернулась в Иркутске. Меня в начинании поддерживали город и регион.*

И вот мне звонят из Минздрава: «Вячеслав Анатольевич, вам по разнарядке положен линейный ускоритель. Можем выслать хоть сейчас». А мне его даже хранить негде. Я пошёл в местную администрацию, чтобы нашли в городе место, а там говорят: «Свободных площадей у нас нет. Ставь в строящемся корпусе, туда и складывай ящики с оборудованием». Я им: «Да вы что, там нельзя. Условий никаких, да и растащить могут». В общем, тогда мы отказались получать линейный ускоритель. Мы бы просто его не сохранили. А техника – дорогостоящая. Потом из-за нехватки средств и сама стройка застопорилась.

Мне в мою бытность главврача это не удалось, а Владимир Унгурян корпус построил и линейные ускорители поставил. Ему всяческую поддержку оказывал действующий глава региона Сергей Ситников. У них всё получилось. Молодцы».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском Областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

В 2000-м году Вячеслав Анатольевич Иванов, достигнув пенсионного возраста, ушел с должности главврача, но продолжил работать в онкодиспансере. Заведовал оргметодотделом, вёл методработу в учреждении. Трудовую деятельность закончил лишь в 2017-м. В 78 лет!

ПОКА БЕДА НЕ КОСНУЛАСЬ ВСЕХ

«На мою долю выпали огромные переживания, связанные с онкологическими заболеваниями. Из-за этой коварной болезни рано ушли из жизни мои родители, скончался тринадцатилетний внук и я оказался на операционном столе в Областном онкологическом диспансере, где своими глазами увидел мучения больных, неустроенность быта, ощутил бедность этой больницы, которую принесли девяностые годы.

Встав на ноги, я твёрдо решил отдать все свои силы, энергию, жизненный опыт борьбе с онкологическими заболеваниями, помочь сделать наш онкодиспансер одним из лучших в России. Без преувеличения скажу, что это стало главным смыслом моей оставшейся жизни».

(Станислав Феликсович Милевский, исполнительный директор Областного антиракового благотворительного фонда «Пока беда не коснулась всех» в 2001–2005 годах, Почётный гражданин Костромской области, из интервью 2002 года)

Станислав Феликсович Милевский

Станислава Феликсовича Милевского называли легендой Костромской области. Прошёл Великую Отечественную войну. Четверть века он возглавлял областные профсоюзы, под его руководством была построена обширная сеть санаториев и домов отдыха. Будучи уже на пенсии, на восьмом десятке лет перенёс рак желудка. Врачи спасли больного, который, в свою очередь, решил сделать всё, чтобы спасти от бедственного положения сам онкодиспансер.

«Станислава Феликсовича Милевского оперировал Владимир Михайлович Матросов – прекрасный хирург, единственный тогда в области, кто делал операции на пищеводах. Результат оказался успешным, через две-три недели мы Милевского выписали. Он был уже на пенсии. А мы в то время начали строить здание нового корпуса (под линейные ускорители. – Авт.), пошли большие финансовые трудности. И как-то с Милевским встретились случайно. Он спросил: «Вячеслав Анатольевич,

С. Ф. Милевский (в нижнем ряду четвёртый слева) с сотрудниками онкодиспансера

тебе как-то помочь?» – «Конечно», – сказал я. Мы с ним ездили по области деньги собирать. Милевский представлялся от администрации области – его знали и уважали в регионе по прошлой деятельности, а я - как главный врач. И мы рассказывали, куда и зачем нужны средства. И многие откликнулись. Но на строительство нового корпуса собирать деньги по крупицам смысла уже не было, поскольку там нужны значительные суммы, причем целевым порядком, от государства. И мы пожертвования направили на ремонт старого здания. Ведь оно 1903 года постройки, и, по сути, ни разу толком в порядок не приводилось».

(Вячеслав Анатольевич Иванов, в Костромском Областном онкодиспансере работал в 1972–2017 годах, в 1986–2000 годах – главным врачом)

В 2001 году был создан антираковый фонд «Пока беда не коснулась всех», который возглавил Станислав Феликсович Милевский. А

начало деятельности фонда положила благотворительная акция, поддержанная Красным Крестом, администрацией области, профсоюзами. На призыв о сборе средств для онкодиспансера сразу же откликнулись более 1200 коллективов предприятий, организаций, а также частные лица и просто жители – в Костроме и во всех районах области. Перечисляли однодневный заработок или жертвовали деньги в личном порядке. Только в первые два года было собрано 10 миллионов рублей.

«Исторически сложилось так, что в Костроме Областной онкологический диспансер расположен в здании бывшей больницы Российского общества Красного Креста, построенной в 1903 году.

Первыми, кто поддержал акцию, стали Российский Красный Крест и администрация области, сделавшие первый взнос. Благотворительные акции прошли во всех муниципальных образованиях. Более 20 тысяч жителей области сделали свой взнос в общую копилку, сказав «да» начатому делу. Кроме того, акция имеет большое практическое значение, так как в каждый район выезжала бригада врачей-онкологов для проведения профилактических осмотров. Осмотрены тысячи человек, нескольким десяткам уточнён диагноз, назначено лечение, у кого-то выявлена онкопатология.

В дальнейшем акция получила новое развитие, сосредоточив свой потенциал на реконструкции и оснащении новым оборудованием старого здания Областного онкодиспансера».

(Ирина Константиновна Фадеева, председатель Костромского регионального отделения Российского Красного Креста, из интервью 2002 года)

«Мы, врачи, каждый час сталкиваемся с людскими страданиями, с коварной и опасной болезнью века, название которой рак. Медицинские работники Областного онкодиспансера, призванные бороться с этим злом, многие годы работали в очень сложных условиях.

Как практикующий врач-хирург, за 27 лет я сделал тысячи операций. Каждая операция – судьба человека. И сегодня иногда чувствуешь своё бессилие из-за нехватки современного инструментария, лекарственных средств, так необходимых для спасения больного.

То, о чём мы могли только мечтать, стало реальностью с того дня, когда был дан старт благотворительной акции «Пока беда не коснулась всех, когда было принято решение приступить к реконструкции и ремонту старого здания, оснастить его современным медицинским оборудованием.

Дань уважения, признательности и благодарности мы, медицинские работники, отдаём Станиславу Феликсовичу Милевскому, руководителю Областного антиракового благотворительного фонда.

Многое уже сделано, многое делается, но нерешённых проблем остаётся впереди немало. Я верю, что всем миром они будут успешно решены».

(Владимир Михайлович Матросов, в 2000–2011 годах главный врач Областного онкодиспансера, из интервью 2002 года)

В 2005 году Станислава Феликсовича Милевского не стало. В последующие годы антираковый фонд возглавляли Альвин Евстафьевич Ерёмин (2005–2015 г.г.), Виталий Серафимович Ершов (2015–2019 г.г.), также внёсшие значительный вклад в его деятельность. Сейчас фондом руководит Дмитрий Валентинович Суриков.

«Я возглавлял антираковый фонд почти десять лет. Вспоминается всё, вплоть до мелочей. Многие активно отзывались на призывы по сбору средств, в том числе онкологические больные. Так, Лапшина Людмила Анатольевна перед смертью завещала фонду 600 тыс. руб. для улучшения условий лечения раковых больных. Эти средства направлены для ремонта помещений во вновь открываемом отделении химиотерапии онкодиспансера. Фотография этой женщины была повешена для общего обозрения в актовом зале онкодиспансера.

Мне приходилось часто бывать в трудовых коллективах, рассказывать о нуждах и проблемах онкослужбы. Так, при посещении Галичского автокранового завода мне сказали, что рабочие неохотно отчисляют от своей зарплаты. Мне пришлось пройти по цехам, поговорить с людьми о сложностях лечения раковых больных, в результате практически все дружно перечислили однодневный заработок. Мы активно использовали СМИ, особенно телевидение. Чтобы приступить к ремонту объекта, вначале я выступал по местному каналу и рассказывал костромичам о его значении и стоимости, и приглашал костромичей к участию в сборе средств. Это давало результат. Многие приходили непосредственно в наш офис и приносили, кто сколько может. Наблюдалась активность среди коллективов предприятий. Некоторые из них ежегодно принимали участие в сборе

Альвин Евстафьевич Ерёмин

средств. Лучшие получали благодарственные письма от Попечительского совета и Антиракового фонда направлялись.

Работа фонда по отзывам руководства Онкодиспансера оказала положительное влияние на ситуацию с онкозаболеваниями. Новое современное оборудование позволило диагностировать болезнь на ранних стадиях и эффективно лечить. В 2015 году смертность от онкологических заболеваний уменьшилась на 3,8 процента, увеличилось число сохранённых жизней. В Костромской области отмечается хороший уровень пятилетней вы-

живаемости онкологических больных, выше, чем по России в целом. Поэтому ежегодно подтверждается актуальность и необходимость сохранения фонда.

(Альвин Евстафьевич Ерёмин, в 2005–2015 годы исполнительный директор антиракового фонда «Пока беда не коснулась всех»)

На собранные фондом средства были капитально отремонтированы практически все внутренние помещения старого здания онкодиспансера. Это лечебные палаты, палаты интенсивной терапии, операционный блок, клиническая цитологическая и гистологическая лаборатории, эндоскопический кабинет, кухня, столовая, помещения для маммографического комплекса, кабинеты поликлиники, дневной стационар химиотерапии, приёмный покой, реанимационная, процедурная, перевязочная, ординаторская, построена кислородная, приобретены новое медицинское оборудование и мебель. Кроме того, приведены в порядок наружные стены здания, крыша и входы.

За всё время деятельности антиракового фонда собрано порядка 80 млн рублей. Среди благотворителей тысячи предприятий и организаций, десятки тысяч жителей по всей Костромской области. Благородное дело помощи онкологическому диспансеру приобрело поистине всенародный характер, объединило многих костромичей.

Антираковый фонд стал хорошим подспорьем в поддержании и развитии онкологической службы региона. Но, разумеется, не мог решить все вопросы, касающиеся, прежде всего, дорогостоящих проектов и оборудования. Такие задачи под силу только государству. Чем быстрее страна поднималась после падения девяностых годов, тем лучше становилось положение дел в экономике, бюджетной и социальной сферах, а значит, и в здравоохранении.

На средства антиракового фонда проведены ремонты и приобретено оборудование

В НОВЫЙ ВЕК

В двухтысячные годы онкологическая служба словно навёрстывала упущенное за предыдущее десятилетие. Появились условия и возможности для нового развития. Кроме помощи от антиракового фонда, вновь весомой стала и поддержка со стороны государства и региона.

В 2000 году главным врачом онкодиспансера был назначен **Владимир Михайлович Матросов**. Родом он из посёлка Никольское, что под Костромой. Окончил Ярославский медицинский институт. По распределению попал в Галичскую ЦРБ, где несколько лет работал хирургом. Затем был переведен в Костромской онкодиспансер. Прошёл путь от врача поликлиники до главного врача.

Состояние здоровья не позволило Владимиру Михайловичу пообщаться с нами при подготовке этой книги. Он попросил поделиться воспоминаниями о том времени своего заместителя, **Сергея Владимировича Котова**. Их трудовые биографии во многом

Владимир Михайлович Матросов

Сергей Владимирович Котов

Костромской онкодиспансер, 1995–2005-е годы

Костромской онкодиспансер, 1995–2005-е годы

схожи. Котов, как и Матросов, окончил Ярославский медицинский институт. Прошёл интернатуру по хирургии на базе 2-й горбольницы гор. Костромы (сейчас – 1-я окружная больница) и отправился работать хирургом в костромскую глубинку, в Судиславскую ЦРБ. С 1987 года – в областном онкодиспансере. Начинал онкологом в поликлинике, затем трудился онкологом хирургического отделения, заместителем главного врача по лечебной работе.

«В двухтысячные с каждым годом увеличивалось финансирование, лекарственное обеспечение. Соответственно, улучшалось оснащение и онкологического диспансера – аппаратурой и оборудованием, как лечебным, так и диагностическим. Значительное внимание стало уделяться внедрению современных методов.

При Владимире Михайловиче Матросове в лечении злокачественных опухолей начали использоваться аппаратные комплексы для фотодинамической терапии. Метод применяется и сегодня. Был взят на вооружение спиральный компьютерный томограф. В те годы в регионе их было всего два, ещё один – в областной больнице. КТ стал шагом вперёд в диагностике онкологических заболеваний и точном определении результатов лечения – хирургическим путём, химиотерапией и лучевой терапией.

Также был приобретен эндохирургический комплекс отечественного производства. Это позволило существенно улучшить качество диагностики при патологии органов брюшной и грудной полостей.

В отделениях онкодиспансера стали проводиться все виды оперативных вмешательств, за исключением операций на опухолях лёгких и нервной системы, которые выполняются в областной больнице. Онкодиспансер продолжил осуществлять организационно-методическое руководство и координацию противораковых мероприятий в районах области. Была разработана компьютеризированная система учёта по госпитальному и популяционному регистрам.

Положительную роль в лечении пациентов сыграла программа ДЛО – дополнительного лекарственного обеспечения, принятая в начале двухтысячных годов в Российской Федерации. Пациенты получили возможность бесплатно, за счёт государства, получать препараты, которые раньше приходилось покупать. Причём многие из этих препаратов, в том числе, в онкологии, стоили, мягко говоря, недешево – особенно импортные. В программу ДЛО были включены лекарства, оговорённые приказом министерства здравоохранения, по строго установленному списку.

Что касается Владимира Михайловича Матросова, то он пользовался заслуженным авторитетом. Это крепкий, грамотный онколог, очень хороший хирург. Головастый, рукастый, если так можно сказать. И как руководитель показал себя с самой лучшей стороны в тот период, когда возглавлял онкодиспансер».

(Сергей Владимирович Котов, врач-онколог высшей категории)

С 2011-го по 2013-й годы главным врачом онкодиспансера работал Владимир Васильевич Крещик. В это время в учреждении был установлен современный цифровой маммографический комплекс и сформировано кру-

глосуточное отделение химиотерапии. В этот период в российском здравоохранении начали действие государственные программы, в которые активно включалась и онкологическая служба.

«Онкология сегодня – одно из приоритетных направлений в медицине. В минувшем году началось перевооружение диспансера. Сюда поступила новая техника, оборудованы диагностические кабинеты. В нынешнем году программа модернизации будет продолжена. Костромская область вошла в программу «Онкология», на которую будет выделено свыше 469 миллионов рублей. При этом доля софинансирования субъекта не превысит 63 миллионов рублей. А в итоге – в планах на нынешний год – введение в строй действующих нового лечебного здания. Сейчас строители разрабатывают сетевой график работ. В этом году пополнился и штат сотрудников онкодиспансера. Сразу на семь человек увеличился штат врачей. Выросли зарплаты врачей, среднего и младшего медперсонала. Немалую помощь развитию этого лечебного учреждения оказывает антираковый фонд. Костромичи активно участвуют в движении «Пока беда не коснулась всех». На собранные средства – более трех с половиной миллионов рублей – только в минувшем году подготовлены помещения для приемки маммографического комплекса. Главный врач онкодиспансера Владимир Крещик и его коллектив уверенно смотрят в завтрашний день. Новейшая аппаратура и современные методики приходят на смену устаревшим. А значит, помощь людям будет более качественной».

(Газета «Северная правда», январь 2012 года)

Впрочем, не всё шло гладко и в установленные сроки, как о том писала местная пресса. Строительство нового лечебного корпуса (под линейные ускорители) сильно затормозилось, а потом и замерло. Средств на его достройку не хватало, даже по госпрограмме. Чтобы не распылять федеральные деньги на дорогостоящий проект, решили пустить их на новое оборудование. В это время, с 2013-го по 2015-й годы, главным врачом онкодиспансера являлся **Игорь Николаевич Яблоков**. Костромич. Окончил Ярославский медицинский институт. Работал эндоскопистом во 2-й горбольнице (сейчас 1-я окружная больница), начмедом в Костромской ЦРБ (сейчас 2-я окружная больница). При Яблокове продолжилось техническое оснащения и развитие онкологической службы.

«Когда я пришёл работать главным врачом, как раз началось массовое поступление оборудования в рамках нацпроекта «Онкология». А вся техника, связанная с рентгеном, радиологией требует кучу согласований, процесс достаточно сложный. Мы получили и установили новые гамма-аппараты для дистанционной и близкофокусной гамма-терапии, новые компьютерные томографы. Было полностью переоснащено эндоскопическое отделение, приобретены новые стойки. Мы внедрили и современное лапароскопическое оборудование. В общем, благодаря средствам нацпроекта мы смогли очень хорошо оснастить онкодиспансер.

Хорошо помогал и антираковый фонд, который в те годы возглавлял Альвин Евстафьевич Ерёмин. Например, во многом на средства фонда мы смогли открыть ***отделение дневного пребывания «химиотерапии» на проспекте Текстильщиков, 31А.*** *До этого у*

Игорь Николаевич Яблоков

онкодиспансера не было своих филиалов, всё располагалось в одном месте. А так как здание старое, площади не позволяют, мы нашли компромиссный вариант. Хотя многие говорили, что не получится, что неудобно. Но мы продумали логистику, как доставлять анализы, документацию, препараты, по принципу «увезти-привезти». Получилось достаточно комфортное отделение, где больным хорошо.

Мы открыли гистологическую лабораторию. Для неё приобрели новое и современное оборудование, тоже на средства нацпроекта. В частности, для иммуногистохимии. Такие анализы до этого в Костромской области не делали. Качество гистологических исследований, в частности, верификация диагнозов, повысилась в разы. А от этого зависит и назначение оптимальной для конкретного больного схемы лечения. Наладить работу гистологической лаборатории было достаточно сложно, поскольку мы не имели поначалу нужных специалистов. Но справились, нашли. В итоге лабораторию запустили, она успешно работает.

Мы, наверное, первыми и пока единственными стали проводить **дни открытых дверей**. *По субботам. Раньше просто здоровый человек в «онко» прийти не мог, только пациенты с направлением и подтверждённым диагнозом. «Дни» предоставили возможность пройти обследование любому желающему. Правда, поначалу выстраивались большие очереди, которые «переварить» было сложно. И мы стали проводить тематические «дни», по заболеваниям, которые чаще всего встречаются. Например, принимали в этот день только с молочной железой. Причём при необходимости тут же делали УЗИ или маммографию. В другие дни шла другая «тематика» – заболевания кожи, предстательной железы или ЖКТ. Это способствовало выявлению болезни на ранней стадии, своевременно».*

(Игорь Николаевич Яблоков, в 2013–2015 годы главный врач Костромского онкологического диспансера)

Что касается строительства нового лечебного корпуса, возродить и «довести до ума» масштабный проект получилось уже при следующем руководстве онкодиспансера. К тому времени и в регионе уже работал новый глава, который помог оживить долгострой...

ПРО КОМАНДУ МОЛОДОСТИ, ДВА МИЛЛИАРДА И НОВЫЙ КОРПУС

«Когда ты соглашаешься и берешь на себя ношу руководителя крупного медицинского учреждения, то понимаешь, что должны быть определенные планы. Конечно, они должны быть амбициозными, чтобы преображать эту службу. Но у нас и в мечтах не было того, что произошло в 2018 году и после, мы втянулись в круговорот событий, во многом изменивших и определивших на годы вперёд работу онкологического диспансера».

(Владимир Михайлович Унгурян, с 2016 года главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

В 2015 году власти региона приняли радикальное решение обновить руководящий состав онкодиспансера. Инициатива преобразовать службу шла лично от губернатора Ситникова. Сергей Константинович «болел» за костромскую медицину, знал её проблемы изнутри и помогал их решать. При всех положительных сдвигах, связанных с действием госпрограмм, в Костромской области уровень заболеваемости раком оставался выше среднего по России – 446 человек на 100 тысяч жителей. Нередко костромичи предпочитали лечиться за пределами региона – в Москве, Петербурге или Ярославле. А в Костроме высокотехнологичных операций делалось мало, новое оборудование использовалось не всегда эффективно. В общем, перемены назрели, и глава региона сделал ставку на молодых профессионалов.

Владимир Михайлович Унгурян

В феврале 2016-го главным врачом онкодиспансера был назначен **Владимир Михайлович Унгурян**. Молодой и перспективный онколог и сосудистый хирург, обладающий, к тому же, хорошими организаторскими способностями. Родился он в 1987 году в Калининграде. Окончил Санкт-Петербургскую Военно-медицинскую академию имени С. М. Кирова по специальности «Лечебное дело» на факультете подготовки врачей для Военно-воздушных сил. Там же, в северной столице, прошёл интернатуру по специальности «хирургия» в НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе. Получил сертификат «Организация здравоохранения и общественное здоровье» Национальной академии современных технологий. Окончил магистратуру РАНХиГС по специальности «Менеджмент в здравоохранении». Кандидат медицинских наук

Вместе с новым главврачом из Санкт-Петербурга приехала команда специалистов. Девять врачей, сферой профессиональных и научных интересов которых были высокотехнологичные операции, в частности, химиоперфузия печени. Среди них «блестящий анестезиолог-реаниматолог» с опытом работы в отделении сердечнососудистой хирургии федерального центра имени Алмазова Юлия Анатольевна Побединцева.

Результаты «от вливания новых сил» не заставили себя долго ждать. Уже через несколько месяцев количество сложных операций выросло в десять раз. Причём многие из них раньше не делали в Костроме. Стало активно использоваться новое оборудование, ранее простаивавшее из-за отсутствия специалистов. К примеру, 16-срезовый компьютерный томограф, который необходим при обследовании и подготовке больных к лучевой терапии, причём в те годы аналогов ему в ЦФО ещё не было. Увеличилось число коек. В частности, в отделении радиологии сразу на 28. Поликлиника была переведена на работу в две смены. Больше стало положительных отзывов от пациентов. Вот лишь малая часть их.

«Очень добрый и отзывчивый персонал. Был на приёме у Алексея Викторовича Плотникова. Процедура биопсии и прижигание лазером – безболезненно и быстро! Огромное спасибо врачам».

(Владимир Молчанов, пациент)

«Хочу выразить свою благодарность Менуховой Ольге Сергеевне, Плотникову Алексею Викторовичу, Афанасьеву Михаилу Игоревичу, за их высокий профессионализм, своевременное оказание помощи, чуткое отношение и неравнодушие к своим пациентам. Спасибо вам за ЖИЗНЬ!!! Здоровья, успехов, благополучия вам и вашим близким!»

(Оксана Боровкова, пациент)

«Так случилось, что по воле судьбы проходила лучевое лечение в онкологическом диспансере. Что могу сказать? Персонал хороший, всегда встретят с улыбкой, подбодрят, похвалят (дизайнерскую причёску). Так и лечение походит намного легче, по себе знаю. Лечащий врач – Ольга Валерьевна. Очень рада, что именно к ней попала, ответит на все волнующие вопросы, даст рекомендации, всегда подойдёт и спросит, как дела, все ли хорошо. Так что если вам предстоит лечение, ничего не бойтесь, вы в надёжных руках!»

(Наталия Л., пациент)

«Очень порадовала работа диспансера. Все по времени, без очередей и наплыва посетителей. Внимательное и доброжелательное отношение медицинского персонала и врачей. Спасибо за грамотную организацию работы!»

(Наталья Куренная, пациент)

Алексей Викторович Плотников, врач-онколог

Изменения в работе онкослужбы Костромской области отметили в Российском онкологическом научном центре имени Блохина. Его специалисты стали проводить совместные операции с костромскими врачами. С приходом нового руководителя в онкодиспансере начали строить планы и по капитальному ремонту и расширению старого корпуса. Но

Ольга Сергеевна Менухова, заведующая поликлиническим отделением

тут перед медиками были поставлены задачи куда серьёзнее и масштабнее...

Благодаря настойчивым усилиям губернатора Сергея Константиновича Ситникова в 2018 году у региона появилась реальная возможность через национальную программу модернизации онкослужбы получить огромные деньги на завершение строительства нового лечебного корпуса. Это та самая стройка, которая закладывалась ещё в конце 90-х под линейные ускорители, но в итоге была заморожена из-за отсутствия необходимых средств.

Михаил Игоревич Афанасьев, заведующий дневным стационаром химиотерапии

«В 2018 году президент Владимир Путин инициировал специальную онкологическую программу, на которую предусматривалось большое количество ресурсов. Так получилось, что помимо ресурсов, которые выделялись всем регионам, наш проект по реанимированию крупного инфраструктурного объекта в виде онкоцентра получил дополнительную поддержку. Хотя на тот момент у нас были другие планы – по реконструкции операционных в старом корпусе, по онкологической поликлинике, которые и сейчас реализуется. Но чтобы замахнуться на достройку нового онкоцентра и его масштабное оснащение, я этого предвидеть не мог, мы об этом даже не мечтали. И тут «спасибо» губернатору Сергею Ситникову. Он лично проводил рабочие встречи в правительстве и профильных министерствах по вопросу возобновления строительства. Убедил, доказал, дожал. Мы включились в эту работу. У нас были сумасшедшие сроки, которые поставило нам руководство».

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

На строительство было отведено всего два года. Но и сумма по нацпрограмме выделялась внушительная – два миллиарда рублей. Правда, чтобы получить эти деньги, нужно было успеть в кратчайшие сроки обновить

старую проектно-сметную документацию – ещё от 2012 года, с учётом новых задач и требований, а также пожеланий самих онкологов. То есть, по сути, подготовить новый проект.

«За это время изменились условия: строительные и санитарные нормы, требования к площади палат, оборудование стало другим. В общем, кардинально изменились практически все требования к онкоцентрам. Поэтому мы вместе с департаментами здравоохранения, строительства и нашими врачами занимались уточнением проекта.

Задача была сложная и вместе с тем творческая. Нужно было уместиться в имеющиеся площади и, исходя из установленных нам объёмов финансирования, выжать всё по максимуму. У нас были споры, обсуждения в ходе рабочих встреч с проектировщиками, когда мы «крошили, кроили», пытались сделать всё оптимально. Потому что сложный рельеф, ограничения по размерам и конфигурации здания, плюс дополнительные сложности по архитектуре. И нужно было всё это учесть, увязать. Повторю, мы подходили творчески. С одной стороны нас поджимали сроки, а с другой – нам здесь работать, и мы хотели сделать всё добросовестно.

А разработчики проекта нас пытались «опустить на землю», говорили, так нельзя, не получится. А мы убеждали и говорили, что не пойдём на уступки. В итоге каждый раз находили компромисс. И когда проект был готов, его обсчитали, поняли, что всё возможно, начался этап строительства.

Сложность заключалась в том, что по первоначальному проекту конца 90-х в здании предполагалось разместить только два линейных ускорителя. Что не будет операционных, параклинических и палатных отделений. Но в окончательном варианте мы построили многофункциональный корпус для онкологического диспансера. Потому что кроме ускорителей там множество всего другого есть, полезного и умного. И самого современного, как, например, операционные. В общем, всё получилось, и достаточно эффективно работает».

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

«Заведующие отделениями онкодиспансера тоже «приложили руку» к проектированию, они вносили предложения и пожелания исходя из своих потребностей. Нужно было учесть все их «хотелки» в новом проекте. В оперативном режиме, бегом-бегом, «на коленке» мы переделывали старую документацию. Провели множество совещаний, и это была командная работа. Предложения врачей были внесены в проект и воплощены в жизнь.

Основное оборудование радиотерапии – линейные ускорители, плюс КТ, плюс МРТ, заняли первый этаж нового здания, оно Г-образной формы. К нему примкнул П-образный квадратик, где мы разместили централизованное стерилизационное отделение. Раньше вместо него были три старые автоклавы в подвале, и всё. В общем, добавили ЦСО – большое, хорошее, в Костроме только у нас такое.

На втором этаже расположили оргметодотдел, КДЛ – клинико-диагностическую лабораторию. Изначально мы хотели, чтобы вместе с КДЛ была патологоанатомическая служба – морфология. Но по САНПИН морфология должна находиться в отдельном здании. Поэтому мы на втором этаже «нарисовали» аптеку. Там же, на этом этаже, разместили приёмный покой.

На третьем этаже – хирургическое отделение, где процедурная, перевязочная, ординаторские, кабинеты старшей сестры и сестры-хозяйки.

Денис Васильевич Бусыгин, заместитель главного врача по хозяйственным вопросам

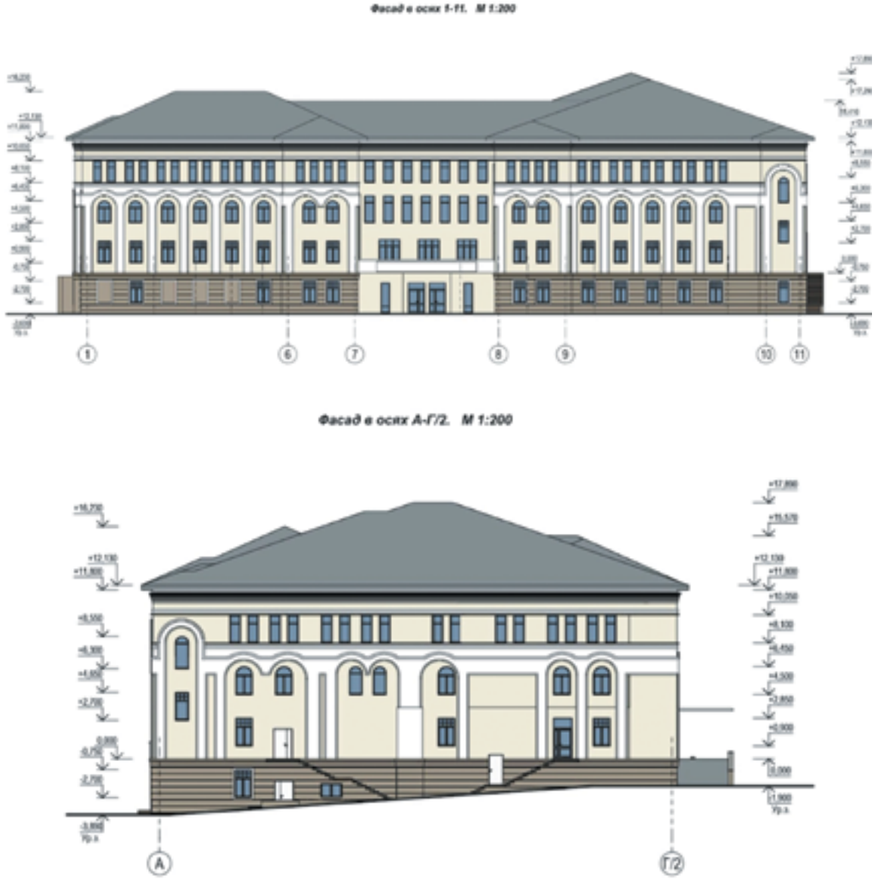
Новое хорошее эндоскопическое отделение, ранее оно было оснащено современным оборудованием, но располагалось на небольшой площади в полуподвальном помещении со сложной «царской лестницей», которую с трудом, вынужденно, покоряли пациенты.

Там же, но в другой части – раздатка, столовая, пост, палатное отделение.

На четвёртом этаже – операционное и реанимационное отделения.

Кроме того, при проектировании и строительстве нового корпуса мы учитывали целый ряд серьёзных факторов. Это рельефные особенности – стройка, по сути, у подножия холма. Архитектурные особенности – пришлось увязывать внешний вид нового здания со старым, признанным объектом культурного наследия. Также требовалась предварительная оценка на прочность и радиационную нагрузку несущих конструкций – монолитных стен, где должны были разместиться линейные ускорители. Ведь долгострой стоял почти 20 лет, и там могли начаться разрушительные процессы. И вот когда уже построили и поставили линейные ускорители, выяснилось, что на двух участках стен требуется дополнительная защита из свинцовых пластин – от излучения. На это требовались лишние силы и время. В итоге сроки сдачи нового корпуса сдвинулись на полгода, с декабря 2019-го на июнь 2020-го.

Даже сейчас, когда новый корпус эксплуатируется уже полтора года, у меня состояние, что я ещё «в процессе». До сих пор «до-



План нового корпуса онкодиспансера

шлифовываем». Но тогда, при сдаче объекта в работу, конечно, было осознание, что мы победили. Победили долгострой и создали один из лучших региональных медицинских центров в стране.

И добавлю, как участник тех событий. Без губернатора Сергея Константиновича Ситникова ничего бы не было. Если бы он не добился решения вопроса в высоких столичных кабинетах, мы бы на этот проект ничего не получили».

(Денис Васильевич Бусыгин, заместитель главного врача по хозяйственным вопросам Костромского клинического онкологического диспансера)

Строить новый корпус доверили московской компании «Пэтруско». Она специализируется на проектировании, возведении, оснащении современных медицинских объектов по всей стране.

«Проект был непростой. Мы достраивали здание, которое ранее было возведено до уровня второго этажа. И оставлено. Мы разобрали прежнюю кровлю, надстроили ещё этаж, подвели к корпусу все коммуникации, заново выполнили остекление. По сути, от прежнего здания осталась только коробка, к которой сделали ещё пристройку. Работали напряжённо, поскольку сроки были достаточно жёсткие. Были периоды, когда на объект выходили ежедневно 120-125 наших рабочих. В основном, трудились по 12 часов, по скользящему графику. Но отдельные позиции велись даже круглосуточно.

Сложность также состояла в том, что здание корпуса и пристройку мы вписывали в существующий рельеф холма. Чтобы не допустить обвала грунта и обеспечить отвод грунтовых вод, возвели подпорную стену и провели дренаж.

Большой объём выполнили и на фасаде корпуса: огрунтовку, монтаж утеплителя из минеральной ваты, отделочные работы. Не только фасад, но и крышу – скатную, мы сделали в едином архитектурном стиле со старым зданием диспансера.

Добавлю, что в этом проекте мы в основном использовали строительные материалы – костромские. Это бетон, кирпич, раствор и так далее. Отделочные материалы тоже местного производства.

Важной частью нашей работы было размещение оборудования. Мы устанавливали и линейные ускорители, и технику для «умных» операционных, и диагностическую аппаратуру. Мы осуществили всю инженерную подготовку: провели электрику и прочие коммуникации по всему корпусу.

При осуществлении столь важного для костромичей медицинского проекта наша компания, конечно же, чувствовала огромную ответственность. И мы справились с задачей».

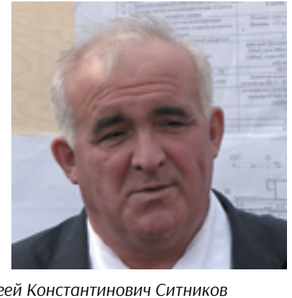
(Борис Николаевич Липатов, руководитель проекта по строительству онкологического диспансера (ООО «Пэтруско»)

Итак, менее чем за два года рядом со старым зданием диспансера вырос современный онкоцентр. В его составе – отделение лучевой терапии с двумя линейными уско-

Работники компании «Пэтруско» на строительстве и оснащении нового корпуса Костромского онкодиспансера

Борис Николаевич Липатов, компания «Пэтруско»

Костромской губернатор Сергей Константинович Ситников следит за ходом строительства нового корпуса



рителями; хирургическое отделение на 20 коек, включающее в себя четыре операционные; отделение реанимации, приемное отделение, центральное стерилизационное отделение. А также лечебно-диагностические подразделения – эндоскопическое отделение, клинико-диагностическую лабораторию, патоцитологическую лабораторию. В новом корпусе установлены современные магнитно-резонансный и компьютерный томографы, которые позволяют проводить исследования гораздо быстрее и точнее, чем аппараты прошлого поколения.

«Изначально проект назывался «Строительство здания для размещения линейных ускорителей», но помимо линейных ускорителей, которые стали нашей гордостью, здесь много других подразделений. По сути, вместе они формируют серьезную мощную современную инфраструктуру, которая полностью соответствует современным представлениям о лечении онкологических пациентов. В этом здании расположены четыре суперсовременных операционных зала. Мы называем их интегрированные операционные для осуществления телемедицинского взаимодействия, в том числе с федеральными медицинскими центрами.

Современное оборудование позволит увеличить оперативную активность на 30 процентов, полностью удовлетворит потребность в оказании лучевой терапии онкологическим больным в Костромской области, повысит выявляемость злокачественных новообразований на ранних стадиях».

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

Министр здравоохранения РФ Михаил Альбертович Мурашко высоко оценивает ход строительства нового корпуса, март 2020 года

«Красную ленточку» перерезали 28 июня 2021 года. К тому времени в новом онкоцентре уже принимали первых пациентов и проводили первые операции. Так что Владимиру Унгуряну и коллективу диспансера было что показать гостям, прибывшим на официальное открытие. А приехали тогда в Кострому главный онколог Минздрава России **Андрей Дмитриевич Каприн** и заместитель министра здравоохранения **Евгений Геннадьевич Камкин**. Их визит стал признанием успе-

Новый корпус вместе с историческим зданием образуют единое целое Костромского онкодиспансера

Новый корпус с историческим зданием связывает крытый переход

Главный вход в новый корпус

Андрей Дмитриевич Каприн, главный онколог Минздрава России, на торжественном открытии нового корпуса Костромского онкодиспансера, 28 июня 2021 года

Сергей Константинович Ситников, губернатор Костромской области, на торжественном открытии нового корпуса Костромского онкодиспансера, 28 июня 2021 года

Перерезание «красной ленточки», 28 июня 2021 года

хов костромичей в развитии онкослужбы и знаком особого внимания. Гости, выступая на церемонии открытия онкоцентра и в интервью прессе, отметили слаженную работу строителей, медиков и региональной власти.

«Я был на этом объекте неоднократно и видел, насколько переживает за строительство губернатор Сергей Константинович и главный врач Владимир Михайлович. Я встречался с командой, которую поддерживают Сергей Константинович и министерство наше. Не только здесь, но я встречался с ними на научных экспериментах в Сочи, где идет у нас очень серьезная работа, где мы занимаемся передовыми направлениями. Это во имя будущего и во имя развития».

(Андрей Дмитриевич Каприн, главный онколог Минздрава России, 28 июня 2021 года, Кострома)

«Онкологический центр достаточно уникальный. Он оснащен самым современным оборудованием. Все это, безусловно, будет влиять на качество предоставляемой помощи жителям Костромской области, своевременность этой помощи – в онкологии это особенно важно. Благодаря открытию этого центра, благодаря тому, что в центре собран молодой перспективный коллектив, мы возлагаем большие надежды на этот центр».

(Евгений Геннадьевич Камкин, заместитель министра здравоохранения России, 28 июня 2021 года, Кострома)

В свою очередь губернатор Сергей Константинович Ситников выразил признательность самим онкологам, которые провели большую командную работу на этапе проектирования и во многом определили, каким быть будущему онкоцентру. Без участия медиков строительство было бы невозможно, подчеркнул глава региона и подвёл итог целого этапа в развитии службы.

«Это прорыв. Настоящий прорыв. Большой, революционный. Начиная в 2012 года, мы постоянно обращались в Министерство здравоохранения с просьбой, чтобы нам достроить корпус онкологического диспансера, который строился на народные деньги. Движение «Во имя жизни» обеспечивало сбор финансовых средств, саму стройку. Понятно, что в 1990 годы, когда предприятия перестали иметь возможность вкладывать ресурсы во многие социальные проекты, эта стройка встала. Мы, по сути дела, ждали шесть лет, то есть были в листе ожидания, чтобы достроить онкологический корпус, оснастить его новейшим оборудованием, которого никогда не было в Костроме. Прежде всего это установка двух линейных ускорителей. Сейчас всё это стало возможным. Благодаря поддержке президента, правительства.

Со словами особой благодарности обращаюсь к главному врачу диспансера Владимиру Михайловичу Унгуряну. Строительство таких объектов начинается не только когда есть силы, финансы и возможности, а когда появляются и мощные коллективы. Вы сформировали достаточно молодой, очень крепкий высокопрофессиональный коллектив, который сегодня выполняет, в том числе, хирургические операции, уникальные для нашей страны.

На открытии нового корпуса, 28 июня 2021 года

Операция в «умной» операционной нового корпуса

Линейные ускорители Varian и Truebeam в новом корпусе

Помимо онкологического корпуса, где будет оказываться высокотехнологичная медицинская помощь, мы приступили к строительству диагностических центров. Один из них – в Костроме, на улице Профсоюзной. Такие же центры появятся в Галиче и Шарье. Для того, чтобы охватить своими услугами максимально всё население Костромской области

(Сергей Константинович Ситников, губернатор Костромской области)

На открытии онкоцентра глава региона также вручил государственную награду заместителю главного врача по анестезиологии и реанимации Юлии Анатольевне Побединцевой. Указом Президента РФ доктору в те дни было присвоено звание «Заслуженный врач России». Побединцева стала одним из первых медиков, организовавших работу «красных зон» в самом начале пандемии.

С лета 2021 года новый онкоцентр заработал уже в полную силу. Сюда привлечены более 30 врачей и примерно столько же специалистов среднего медицинского персонала. Кроме того, дополнительную подготовку прошли 3 медицинских физика и 2 врача-радиотерапевта.

ОПЕРАЦИИ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

С недавних пор именно в Костроме пишутся целые страницы истории отечественной медицины. Благодаря **высокотехнологичным** операциям местные доктора спасают ежегодно жизни и здоровье сотен пациентов. Раньше за таким лечением костромичам приходилось ездить в столичные клиники. Курс на освоение высоких технологий в здравоохранении, инициированный и поддержанный руководством региона, оправдал себя и даёт результаты. Речь о целом ряде направлений, среди которых сосудистая хирургия, травматология, кардиология, гемодиализ и, конечно, онкология. Более того, в костромском онкодиспансере научились делать **уникальные** для России операции. То есть такие, которые больше нигде в стране не делают.

Новая команда под руководством Владимира Унгуряна стала первопроходцем в освоении метода **изолированной химиоперфузии печени**. Готовились не один год. Первый опыт получили в 2017-м в Военно-медицинской академии (альма-матер Унгуряна) под руководством академика Николая Анатольевича Майстренко. Тогда процедура была выполнена пациенту с метастазами колоректального рака в печень. Правда, с развитием таргетных («прицельного» действия на опухоль) препаратов при раке подобной локализации использовать столь сложную методику оказалось нецелесообразно. А вот при увеальной меланоме, которая тоже метастазирует в печень, изолированная химиоперфузия – единственная пока опция лечения, продлевающая жизнь. Первой пациенткой стала 50-летняя Ирина Быкова из Твери. Операцию ей провели в июле 2020 года.

«Я просто хотела жить. И готова была рисковать, потому что другого выхода всё равно у меня не было. 15 курсов общей химиотерапии не помогли, да и организм её больше не выдержал бы. Что оставалось? Умирать, считая недели? Но здесь представился шанс продлить жизнь. Я очень рада, что могу сейчас и на солнышко полюбоваться, и с людьми пообщаться. С Божьей помощью всё получилось».

(Ирина Быкова, пациентка, июль 2020 года)

Первая операция изолированной химиоперфузии печени в Костромском онкодиспансере (в старом корпусе), июль 2020 года

Сложнейшая операция химиоперфузии продолжалась двенадцать часов. Работала мультидисциплинарная бригада врачей – онкологи, сосудистые хирурги, анестезиологи, перфузиологи. Неоперабельный уже орган, наполовину поражённый раковой опухолью, вызванной увеальной меланомой, отделили от общей системы кровообращения организма, подключили к аппарату искусственного

кровообращения и подвергли массированному точечному удару десятикратной дозой химиопрепарата, не задевая сам организм. Причём для большего эффекта процедуры температуру печени довели почти до сорока градусов. Результат оказался успешным и обнадёжил: у Ирины – положительная динамика, говорят, сил сегодня хватает и на воспитание внука.

В онкодиспансере опыт решили закрепить и продолжили проводить операции по данной методике. Вновь помог губернатор Сергей Ситников, в этот раз – с приобретением через Минздрав аппарата искусственного кровообращения (для первой операции АИК брали в аренду). На очереди уже была следующая пациентка с метастазирующей в печень увеальной меланомой. Начинание костромских онкологов поддержали и на самом верху.

«Я поехал к главному внештатному специалисту, онкологу Минздрава России Андрею Дмитриевичу Каприну, рассказал об опыте выполнения подобных операций и готовности помочь конкретно этой пациентке на базе нашей клиники. Андрей Дмитриевич очень живо поддержал инициативу, даже приехал в Кострому, чтобы лично участвовать в операции. И это главный онколог страны, у которого время расписано на год вперед! Конечно, такое внимание дорогого стоит, и я очень благодарен академику. Операция состоялась в ноябре 2020 г. и широко освещалась в прессе».

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

Операция изолированной химиоперфузии печени с участием А. Д. Каприна, Л. О. Петрова, В. М. Унгуряна (в старом корпусе), ноябрь 2020 года

Фото на память после операции, ноябрь 2020 года

Кадры второй операции в Костроме, с участием главного онколога Минздрава, тогда облетели всю страну. Её снимали местные и центральные телеканалы. Медики комментировали свои действия, за которыми в режиме телемоста могли наблюдать их коллеги из федерального медицинского центра в Москве. Вот фрагменты события.

«Вместе с костромскими врачами за операционный стол встал главный онколог страны Андрей Каприн. В бригаде – 10 человек. Анестезиологи готовили пациентку Наталью Целих с 9 утра. У пациентки метастазы печени из-за меланомы. Патология в последние недели развивалась стремительно.

***Юлия Побединцева, зам главного врача по реаниматологии:** «Опухоль крайне злокачественная, и высок риск распространения метастаз вне печени. Мы были скованны во временных рамках, и подготовка шла ускоренно. Но по своевременности мы успели».*

В 12 часов начался самый ответственный этап. Схема, как и в ходе первой операции в июле. Печень пациентки отделили от всех кровеносных сосудов. Кровотоком в организме стал управлять АИК. Поражённый орган тем временем нагрели до 40 градусов.

***Владимир Унгурян, главный врач:** «Сейчас мы выполнили один из самых важных этапов – мобилизовали все сосудистые структуры, то есть все магистральные сосуды, которые питают печень. Они у нас на «держалках» специальных. И мы приступаем к следующему волнительному этапу – канюляции, для того, чтобы обеспечить сосудистую изоляцию печени и, собственно, её перфузию...*

...Сейчас мы закончили второй этап операции. После того, как мы обнажили все магистральные сосуды, которые снабжают кровью печень, мы их канюлировали, важные сосуды взяли на обтяжку. И готовы приступить к изолированной перфузии. С параллельным кровообращением и венозным возвратом».

В течение часа поражённый орган пропускали через сильнейший химпрепарат, убивающий раковые клетки. Затем печень отсоединили от АИК и снова «подключили» к системе кровообращения организма. Сложнейшая работа, которую выполнили сосудистые хирурги.

Главный результат, что пациентке стало лучше.

***Наталья Целих, пациентка:** «Стала получше себя чувствовать. Конечно, усталость будет еще долго, но настроение уже лучше: сила воли к жизни появились. Надо жить, жить и жить. Благодаря таким хорошим врачам».*

***Владимир Унгурян, главный врач Костромского онкодиспансера:** «Лечение на этом не заканчивается. В дальнейшем будет назначена иммунотерапия. Это современный вид системного лечения опухолевого заболевания, когда мы воздействуем не на саму опухоль, а снимаем так называемый «блок» с опухоли. И наши иммунные клетки начинают её видеть и воздействуют на неё уже своими силами».*

Бригада врачей провела операцию на высоком профессиональном уровне. Главный онколог страны едва сдерживал эмоции от проделанного и оценил перспективы костромичей.

***Андрей Каприн, главный онколог Минздрава:** «Это феерия какая-то!*

Наши медики овладели уникальной методикой. Теперь поле деятельности костромичей – широчайшее. Печень – это самый часто поражаемый метастазами орган. Для изолированной химиоперфузии должна быть, конечно, очень подготовленная мультидисциплинарная бригада. И она есть, есть опыт и технологические возможности. Конечно, наши пациенты, прежде всего, наши граждане. Но сама процедура недешёвая и нелегкая. Если наша страна будет лидировать в этом направлении – представляете, это какое поле для туризма медицинского?»

Не скрывал своей радости от успеха костромских онкологов и губернатор, который активно «продвигает» в регионе медицину высоких технологий.

***Сергей Ситников, губернатор Костромской области:** «Кадры у нас есть очень хорошие, подготовленные, которые начали делать уникальные операции. Операции, которые проводятся редко не только в России, но и в мире, в том числе – Германии. Медицинские мероприятия, операционные действия позволяют провести обработку отдельных поражённых органов, которые просто отсоединяют от кровеносной системы. Первые результаты – реально хорошие. Люди, которым болезнью был подписан приговор, сегодня выздоравливают. И это очень здорово!».*

Костромские врачи уже мечтают о создании собственного специализированного центра по проведению таких операций для пациентов со всей страны и даже из-за рубежа.

***Владимир Унгурян, главный врач:** «Как только мы организационные вопросы решим – а я думаю, с поддержкой наших коллег федеральных, мы, безусловно, определим, в каком это будет формате – мы эти процедуры сможем поставить на поток».*

Итак, за два года в Костромском клиническом онкологическом диспансере сделано уже больше 40 операций изолированной химиоперфузии печени. Это свидетельствует, что методика отработана и действительно поставлена на поток. Среди пациентов как костромичи, так и жители других регионов – от Подмосковья до Хабаровска, и даже иностранцы. Больные получают шанс не только на спасение, но в дальнейшем и на полноценную жизнь. В общем, результаты обнадёживающие.

«Патология достаточно редкая, и мы ожидали сложностей с набором пациентов. Но за это время через нас прошли 60 больных с увеальной меланомой, больше 40 из них мы уже провели перфузию печени. Полученные промежуточные результаты очень обнадёживают. Конечно, в онкологии самое главное – отдалённый результат, общая выживаемость, выживаемость пятилетняя. И вопрос научной оценки отдалённых результатов стоит для нас на первом месте. Но уже сейчас непосредственный ответ на лечение выше, чем в группах больных, у которых не применялась эта методика.

На сегодня все пациенты с увеальной меланомой находятся у нас под наблюдением, получают системную терапию. Мы уже ви-

дим, что те первые пациенты, которые у нас были, «перешагнули» больше года после операции перфузии. Самое главное, мы видим при мета-исследованиях непосредственный ответ опухоли на данное лечение. Опухолевые очаги либо перерождаются в кисты, либо теряют свою перфоративную активность, накапливают контрастное вещество. Мы видим воодушевляющие результаты по перфузии печени. Повторюсь, если бы мы их не видели, мы бы не поставили вопрос о перфузии головы.

Костромской онкодиспансер стал ***филиалом Национального центра*** *лечения пациентов с опухолями печени и поджелудочной железы. И мы, уже как филиал центра, проводим химиоперфузию печени, и пока единственные в стране, кто предлагает новую методику на своей базе. Проект набрал у нас обороты. И теперь задача тиражировать новую методику, чтобы те центры, которые в будущем решат заниматься проблемой, не проходили этот путь с самого начала, а взяли на вооружение наши наработки».*

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

Большой вклад в проект изолированной химиоперфузии печени на всех этапах внёс **Леонид Олегович Петров**, руководитель отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний абдоминальной области МРНЦ им. А.Ф. Цыба (г. Обнинск). Он лично участвует во всех процедурах, несмотря на определённые географические барьеры. В один из приездов в Костромской онкодиспансер для проведения операции мы «выхватили» гостя из потока дел, чтобы задать несколько вопросов.

– Леонид Олегович, как получилось, что изолированной химиоперфузией печени занялись вы, Владимир Михайлович Унгурян и коллеги из Костромского онкодиспансера? И результаты хорошие...

– Мы были далеки от лечения последствий увеальной меланомы, будучи абдоминальными хирургами, занимались преимущественно печенью, поджелудочной железой, толстой кишкой, брюшиной. Владимир Михайлович тоже специализировался на своих «вещах». Но мы оба всё-таки были близки к этому. Стало понятно, что есть определённая категория пациентов, у которых альтернатив такому методу лечения нет. Это с одной стороны. А с другой стороны техническая база диспансера в Костроме уникальна для ЦФО, потому что здесь на одной площадке сосредоточены и оборудование самого последнего поколения, например, аппарат искусственного кровообращения, и кадры – анестезиологи, перфузиологи, обученные в самых топовых клиниках Петербурга, которые по ряду жизненных обстоятельств здесь оказались. И всё совпало.

И так получилось, что, объединив интересы больных, возможности этой площадки в Костроме и, естественно, возможности федерального центра, вместе с главным онкологом страны Андреем Дмитриевичем Каприным мы приняли решение начинать этот проект. Именно здесь и именно с этой командой.

– Кроме химиоперфузии печени, в костромском «онко» осваивают другие высокотехнологичные операции и методы лечения. Вы тоже это видите. Как оцениваете перспективы костромских коллег в этом направлении?

– Хорошая тема. Химиоперфузия печени и метастазы увеальной меланомы – это, что называется, остриё копья. Это, во многом, имиджевая для федерального центра процедура, которая является крайне затратной по кадрам, ресурсам, финансам и которая, скажем честно, не окупается по определению. Тем не менее, это социальный заказ, это движение вперёд. Про костромской «онко», поставивший на поток изолированную химиоперфузию печени, теперь знает руководство онкологической службы всей страны. Руководители онкодиспансеров в регионах тоже знают, что таких больных надо отправлять в Кострому, где уже налажено и гарантировано эффективное лечение.

Это, если хотите, – локомотив, который тянет за собой весь состав. А в этом составе, кроме химиоперфузии, – лапароскопическая хирургия предстательной железы, лапароскопическая хирургия других органов, в частности, почки, обширная мультивисцеральная резекция при опухолях малого таза, которая практически выполняется только в единичных клиниках ЦФО. Теперь всё это осваивается или будет осваиваться в Костромском онкодиспансере. Я, в частности, кроме прочего, руковожу центром тазовой хирургии на базе Нижегородского онкологического диспансера. Там довольно много оперирую, там мы это поставили на поток, коллеги оперируют уже и без моего участия вполне спокойно. К этому мы придём и здесь, в Костроме.

– Вы кроме того, что руководитель отделения федеральной клиники, кандидат наук, доцент, преподаватель, даёте мастер-классы, автор более 80 научных работ, оперирующий врач. Что находите здесь, в костромской глубинке?

– Моя святая обязанность – бывать здесь. Не только в Костроме, в других регионах. Как куратора, представляющего федеральный центр и главного онколога страны. Думаю, такого рода общий супервайзинг необходим. Нам важно, что за нами стоят люди, которые хотят регионам добра, хотят, чтобы ***именно здесь всё получалось****. Я как раз такую структуру представляю, активно участвуя, как врач, в операциях высоких технологий. Хотя в целом команда Костромского онкодиспансера (хирургическая в том числе, а может – и в первую очередь) абсолютно готова к самостоятельному выполнению таких методик. Моё присутствие здесь делает несколько спокойнее выполнение этих операций. Кроме того, здесь идёт и обучение сотрудников различных подразделений тому, как надо то или иное вмешательство выполнять. И, конечно, это польза для пациентов, что является главным в этой теме. Мы видим реальные плоды своего труда. В Костроме, Нижнем Новгороде, Липецке, Воронеже, Белгороде, Туле, Рязани. Люди, пациенты, везде должны иметь доступ к лучшим вариантам лечения, которые есть сейчас.*

Ну, и уверенно скажу, что Кострома – вовсе не глубинка. Уровень учреждения очень

Л. О. Петров и В. М. Унгурян с пациенткой после операции

высокий, и региональным диспансером его уж точно сложно назвать. С учётом мощностей, и прежде всего кадровых, материально-технических возможностей, и так далее. Я думаю, команда Унгуряна набрала неплохую скорость.

– И личный вопрос. Как вы всё успеваете при таком графике и такой нагрузке?

– Сложно сказать. Сегодня я встал в половине пятого утра, чтобы вовремя приехать в Кострому. А лёг вчера в половине двенадцатого ночи. Сейчас, после операции, планирую успеть в Москву вечером, пока дочка не спит. Завтра утром в шесть за мной водитель приедет, я поеду в Обнинск, там три операции. Послезавтра планирую пораньше вернуться в Москву, а дальше – командировка в регион. Успеваю. (Смеётся.) Мои коллеги, они же и друзья, все так живут и работают.

Статистика наблюдений, результаты мета-исследований, весь массив данных по пациентам, прошедшим через химиоперфузию печени, лягут в основу очередной научной работы кандидата медицинских наук Владимира Михайловича Унгуряна. Судя по всему, материал будет основательным и крайне полезным для профессионального сообщества, поскольку опирается на богатейший опыт и практическую деятельность нескольких лет. И, возможно, станет серьёзной заявкой на следующую учёную степень – докторскую.

Не отстаёт от «старших товарищей» и заведующий онкологическим отделением хирургических методов лечения №1 – абдоминальной онкологии и торакальной онкологии Егор Александрович Круглов. Он уже представил диссертационному совету НМИЦ радиологии Минздрава свою работу на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Её название «Разработка технологии изолированной химиоперфузии печени».

Пожелаем успеха нашим врачам и здесь – на научном поприще.

«КОСМОС» КОСТРОМСКОЙ ОНКОЛОГИИ

«Здесь у нас словно в космическом корабле», – эту фразу можно услышать от врачей и медсестёр онкологического диспансера, когда они рассказывают о своей работе. Действительно, палаты, операционные, кабинеты насыщены самой современной техникой, будто из фантастического фильма. Но это не фантастика, а сегодняшний день костромской онкологии. Диспансер располагает всеми необходимыми средствами для оказания медицинской помощи на высоком уровне. Это и высокотехнологичное оборудование, и высококвалифицированные специалисты с опытом работы в ведущих федеральных центрах.

Наша справка

Сегодня Костромской клинический онкологический диспансер имеет 179 коек круглосуточного стационара и 72 койки дневного пребывания. Через стационарные отделения ежегодно проходят лечение более 14 тысяч пациентов и около 60 тысяч – через консультативную поликлинику и ЦАОП. За год в онкодиспансере выполняется более 2 тысяч операций, 900 больных проходят лучевую терапию (в том числе 300 амбулаторно), проводится более 3 тысяч курсов лекарственного лечения.

В учреждении – самое современное оборудование. Оснащение проводилось в 2013 году по федеральной программе, а также с введением в строй нового корпуса в 2021 году. Благодаря новой технике и высоким технологиям в диспансере стали проводить уникальные операции, которые раньше здесь не делали. Такие как: эндовидеохирургические вмешательства при различных патологиях органов живота и груди, расширенные комбинированные вмешательства при опухолях желудочно-кишечного тракта, операции с использованием перфузионных технологий. Изменился подход к периоперационному ведению пациентов. Внедрены современные методы инвазивного мониторинга при проведении сложных хирургических вмешательств.

Диагностическая техника также представлена современными моделями: рентгенодиагностический комплекс Stephanix; 64-канальный компьютерный томограф Scenaria Hitachi; 16-канальный компьютерный томограф Philips; цифровая маммографическая

Цифровая маммографическая система

Гамма-терапевтический аппарат

Аппарат рентгенотерапии

система Selenia Demensions HOLODIC; эндоскопическое оборудование Olympus; рентгенодиагностический комплекс Stephanix; аппарат ультразвуковой диагностики General Electric Voluson E8; аппарат дистанционной гамматерапии Theratron Equinox 100; гамма-терапевтический аппарат Multisource HDR, аппарат рентгенотерапии Xstrahl 200 и т.д.

Важную роль в развитии онкологической службы, повышении эффективности лечения, а также профессиональных знаний и навыков играют дистанционные консультации. В диспансере налажены каналы связи с ведущими федеральными центрами. В нестандартных случаях имеется возможность консультировать пациентов онкодиспансера как очно, так и заочно с ведущими специалистами ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, Санкт-Петербургского НИИ Скорой помощи им. И. И. Джанелидзе и др. Костромской клинический онкологический диспансер является одним из филиалов национального центра мультимодального лечения опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны. Этот статус позволяет получать консультации для пациентов на базе МНИОИ им. П. А. Герцена и МРНЦ им. А. Ф. Цыба, а также лечение на базе существующих структурных подразделений ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

На базе Костромского клинического онкологического диспансера запланировано осуществление деятельности клинической кафедры онкологии с гематологией Ярославского государственного медицинского университета. Что и определило с апреля 2022 года название диспансера – клинический.

Мы не ставим здесь задачу охватить всё, чем располагает сегодня онкологический диспансер – слишком большой объём информации, но познакомим с тем, что представляет наибольший интерес в плане возможностей учреждения и его дальнейшего развития.

Хирургия. Операционные

Операционный блок, что разместился в новом корпусе, называют сердцем онкодиспансера. Здесь четыре операционных зала для оказания хирургической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Сами медики говорят, что о таких операционных мечтает любой хирург, впрочем, как и врачи других специальностей. Ведь высокотехнологичные операции проводятся не в одиночку, а мультидисциплинарными бригадами, и для слаженной, командной работы здесь созданы все условия. Рассказывают работники операционного блока.

«В арсенале наших врачей – четыре уникальные интегрированные операционные, которые включают в себя потолочные хирургические консоли, где расположено оборудование. Здесь также есть интраоперационные рентгенологические системы, высокого класса наркозная, а также современные системы электролигирования сосудов и электрохирургические ультразвуковые генераторы. Операционные также оснащены коммуникационным и функциональными мониторами, станцией медицинской сестры, видеокамерами, хирургическим оборудованием. Всё это интегрировано в единую систему. Кроме того, мы можем интраоперационно осущест-

Олеся Александровна Песоцкая

влять видеосвязь, видеоконференции и видеоконсультации с федеральными центрами.

И, конечно же, ни одна операция не обходится без операционной сестры. Высокий уровень подготовки нашего медицинского персонала – врачей и сестёр – позволяет решать задачи максимальной сложности – успешно лечить пациентов с наиболее сложными и тяжелыми формами онкологических заболеваний».

(Олеся Александровна Песоцкая, заведующая операционным блоком, врач-онколог)

«Интегрированные операционные залы облегчают нашу работу благодаря станции операционной сестры. Станция позволяет записать пациента, то есть фамилию, имя, отчество, дату рождения, дату оперативного вмешательства. Также фиксируются лечащий врач, оператор, ассистент, операционная сестра. Предусмотрена маршрутизация – обзорные камеры мы можем вывести на удобный монитор для хирурга, сделать видео и фотосъёмку, редактировать и, соответственно, все записи сохраняются и отправляются на общий сервер».

(Алёна Александровна Иванова, старшая операционная медицинская сестра)

«Мы используем очень много различного оборудования. Есть аппараты для резекции мочевого пузыря, пересечения, коагуляции сосудов. Операционные оборудованы техникой для лапароскопии, это малоинвазивные процедуры, которые делаются через проколы. В комплекте – световод, воздуховод, отсос, энергетический комплекс, электронож и биполяр. Важна и настройка операционного стола. Он принимает различные положения, удобные для оперирования пациента. Чтобы хирург качественно и эффективно выполнил свою работу. Первая операционная – торакоабдоминальная. Вторая – для операций на голове и шее. Третья – маммологическая и для «сечений». Четвёртая – это гинекология и урология, там же проводится химиоперфузия печени.

В каждой из операционных для всеобщего обзора – большой экран. Он удобен для медсестёр и ассистентов, которые из-за спин врачей не видят непосредственно процесс

В «умных» операционных

операции. А благодаря камере их действия и зона операции выводятся на экраны, где всё хорошо видно. И я, как медсестра, могу предугадать, что произойдёт дальше, что потребуется врачу, какой инструмент и так далее. Плюс экраны удобны для проведения учебных мероприятий.

А ещё в распоряжении врачей и сестёр операционный микроскоп, позволяющий увидеть крупно, в деталях, зону операции. Изображение также выводится на большой экран, его видят все. Есть С-дуга, с помощью которой делается интраоперационный рентген.

Из сложной техники также - аппарат для аутогемотрансфузии, аппарат искусственного кровообращения».

(Марина Петровна Блудилина, операционная медицинская сестра)

В здании предусмотрена механическая приточно-вытяжная система вентиляция. Наружный воздух обрабатывается в приточных кондиционерах, где осуществляется его очистка, увлажнение, подогрев или охлаждение в зависимости от времени года.

«Подача воздуха в помещения с классом очистки А и Б осуществляется через инактиваторы воздуха «АЭРОЛАЙФ». В помещениях операционных и палат интенсивной терапии с помощью обеззараживателей-очистителей фотокаталитических воздуха «АЭРОЛАЙФ» подача стерильного однонаправленного потока воздуха, обеспечивает защиту рабочей зоны (все асептическое пространство хирургического воздействия, включая столы для инструмента и материалов, а также свободную зону для стерильно одетого оперирующего персонала и передачи стерильных материалов) от патогенных микроорганизмов, способных вызвать заражение пациента, а также механических частиц и вредных веществ, способных нанести вред его здоровью. В операционных, ПИТ и палате пробуждения предусмотрены рециркуляторы воздуха для обеспечения требуемой скорости воздуха в рабочей зоне. В остальных «чистых помещениях» воздух на ламинарные распределители подается напрямую от центральных кондиционеров».

(Денис Васильевич Бусыгин, заместитель главного врача по хозяйственным вопросам Костромского клинического онкологического диспансера)

А ещё современная операционная учитывает... музыкальные вкусы. Как больных, так и медиков. Когда операция идёт под местной анестезией, для пациента фоном может звучать что-то успокаивающее. А если оперируемый пребывает под общим наркозом, музыкальное сопровождение звучит для врачей и помогает «сбросить излишнее напряжение»

Евгений Валентинович Филимонов

во время операции. Предпочтения, говорят доктора, у них самые разные. От классики до тяжелого рока.

Рядом с операционным блоком – палаты пробуждения. Они относятся к отделению анестезиологии и реанимации и позволяют повысить безопасность пациентов в ранний послеоперационный период, снизить до минимума и своевременно ликвидировать осложнения в палатах стационара, а также увеличить пропускную способность операционных.

Реанимационный блок

«Палаты пробуждения необходимы для того, чтобы пациенты после малоинвазивных операций здесь просыпались, приходили в сознание, чтобы долго не занимать операционную. И ускорить процесс подачи следующего пациента на более длительную операцию. Здесь пациенты просыпаются и дальше переводятся в своё профильное отделение, за каким закреплены изначально».

(Евгений Валентинович Филимонов, заведующий отделением анестезиологии и реанимации)

В новый корпус переведён и реанимационный блок. Он тоже оснащён по последнему слову техники. Этажом ниже – хирургическое отделение на 20 коек.

«В нашем отделении имеются комфортные палаты – трёхместные, двухместные и одноместные. Все они прекрасно оборудованы. Важной частью является медицинская консоль. Через неё подаются медицинские газы, в неё включены ночник, полка для дополнительной аппаратуры. Эта аппаратура устанавливается для мониторинга жизненно важных функций пациентов. Газы необходимы, чтобы пациентов можно было раньше перевести из-под наблюдения в реанимационной палате в палату нашего отделения с целью ранней стерилизации и реабилитации».

(Егор Александрович Круглов, заведующий отделением хирургических методов лечения)

Радиотерапия. Линейные ускорители

Гордость онкодиспансера – линейные ускорители. Это чудо-техника радиотерапии. От уходящих в прошлое традиционных аппаратов с их мощным и неуправляемым гамма-излучением линейные ускорители отличает отсутствие радиоактивных элементов и то, что облучение проводится **узконаправленными лучами**. Высокая концентрация радиации образуется исключительно в месте пересечения этих лучей, которое наводится прямо на раковую опухоль, не задевая здоровые ткани и органы. Линейный ускоритель формирует участок облучения, точно повторяющий форму злокачественного образования. Другими словами, современная техника позволяет

Егор Александрович Круглов

«бить в точку». Причём процедура проходит практически безболезненно для пациента. Лечение можно проводить амбулаторно на дневном стационаре. В общем, космос!

«У нас два линейных ускорителя. Один – высокомощный, Varian TrueBeam. Другой – одномощный, Varian Unique. Классные машины для радиохирургии. По сути, они как гамма-нож. Высокомощный линейный ускоритель может выдавать всю необходимую дозу облучения за один сеанс. Это операция без разреза. Как правило, применяется при опухолях головного мозга. Не на всех локализациях такое лечение проведешь, но для тех, кому показано, очень удобно. И результаты действительно хорошие.

И здесь пациент не испытывает никаких болевых ощущений. Аппарат вокруг него покрутился, немножечко пошумел, потому что вращается 120 лепестков в коллиматоре. Если у нас опухоль в виде запятой, то лепестки выстроятся таким образом, что по форме будут как запятая. А раньше на старых АГАТах, тиратронах, какая бы опухоль ни была, у нас были квадратные поля. Другими словами, мы, обрабатывая злокачественные опухоли, захватывали здоровые ткани. Конечно, и тогда люди лечились, выздоравливали, результаты были неплохие. Но всё познаётся в сравнении. Сейчас воздействие буквально с ювелирной точностью. Микроскопической. Возможности расширились.

Важно, что здесь нет радиоактивных источников. Воздействие происходит фотонами, и оно без-вред-но! Как для пациента, так и для медперсонала.

Хирургическое отделение

На обоих аппаратах каждый день проходит порядка семидесяти пациентов. И там, и там, примерно поровну. Сами аппараты могут работать по 24 часа в сутки. Но у нас восьмичасовой рабочий день. В принципе, по количеству обращений для Костромы и Костромской области этого достаточно. Очереди нет. В течение двух недель, как прописано ОВК, мы пациента берём на лечение. За это время он соберёт нужные анализы и начнёт спокойно у нас лечение. Основной поток пациентов – наш регион. Есть немного из других. Лечение по полису ОМС.

Радиотерапевт – по-своему уникальная профессия. Не каждый на это способен. Мы проходим специализированное обучение периодически в Москве и Петербурге. Обладаем всеми необходимыми навыками. Девочки наши, медсёстры, начинали с простых установок – гамма-аппаратов АГАТ, тиратрона кобальтового. А теперь у нас «космическая» аппаратура. Наши возможности расширились. Мы можем оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, теперь пациентам не нужно ездить в федеральные центры, чтобы там лечиться. Всё есть дома».

(Ольга Валерьевна Сёмина, заведующая радиотерапевтическим отделением)

Ольга Валерьевна Сёмина

Медицинские физики

Раскрыть в полной мере возможности и преимущества современной техники помогают медицинские физики. В онкодиспансере таких специалистов трое. Все – недавние выпускники физмата Костромского госуниверситета. Ребята шутят, что их профессия такая молодая и редкая, что её даже нет в списке пенсионного фонда. Работают медицинские физики, в том числе и с линейными ускорителями. Их задача – составить компьютерные программы процедур для каждого больного. От программы зависит точность подачи лучей, а значит, эффективность лечения и безопасность пациента.

«Мы учим машину делать нужные нам вещи, что мы от неё хотим. Для программирования или планирования используем трёхмерную модель пациента, с очерченными

Линейный ускоритель TrueBeam

объемами органов, которую врач до этого «оконтурил» на основе либо компьютерной томографии – КТ, либо магнитно-резонансной томографии – МРТ, либо позитронно-эмиссионной томографии – ПЭТ. Из этих трёх исследований собирается образ патогена, в частности, опухоли – её размер, плотность, глубина и характер.

Опухоли придаётся графический объём, чтобы мы могли в дальнейшем над ним работать, его «планировать». И, соответственно, здоровые органы «обводим». Наш луч может идти абсолютно с любой стороны. Задача – максимально уйти со здоровых тканей и органов, и максимум дозы направить на опухоль. В последующем наборы данных изображений объединяются в систему планирования лучевой терапии. Таким образом, мы можем быть уверены, что у нас есть вся информация, необходимая для индивидуального планирования терапии конкретного пациента.

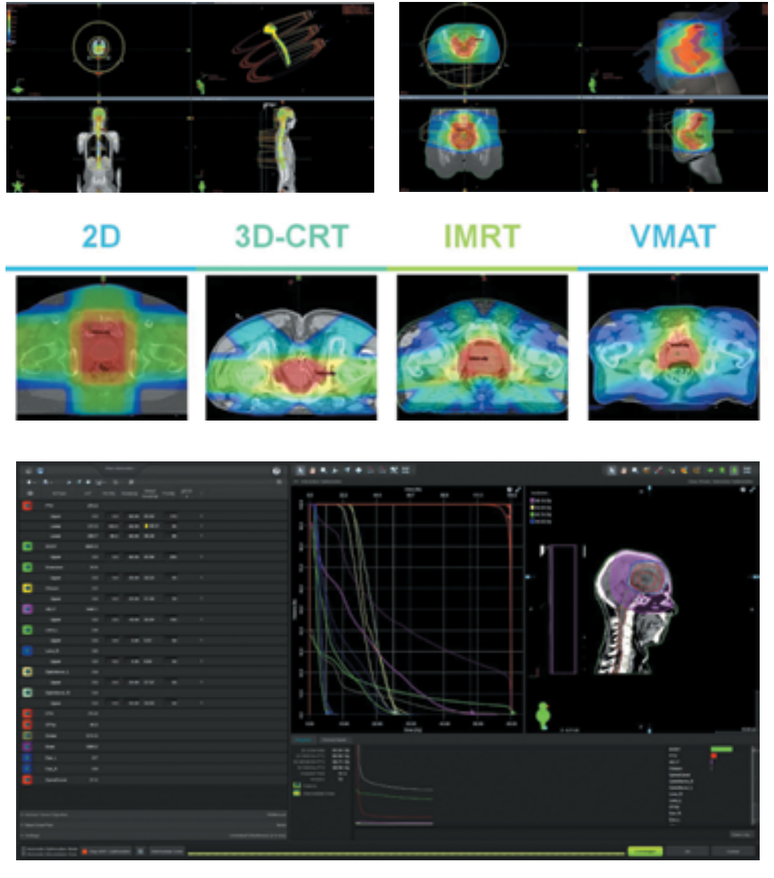
Мы точно планируем облучение, измеряем и дозируем его силу и направляем его на облучаемый участок. Поэтому мы облучаем столько, сколько необходимо и как можно меньше. Не повреждая здоровые ткани».

(Антон Сергеевич Свинцов, начальник отдела радиационной безопасности и медицинской физики)

Медицинские физики работают в тесной связке с врачами. Начинается взаимодействие ещё на стадии предварительной «укладки» пациента на терапевтическом столе линейного ускорителя. Она необходима для точной «прицелки» облучения.

Антон Сергеевич Свинцов

«На предварительной укладке располагаем пациента в геометрических значениях, которые запоминает машина. И уже непосредственно перед сеансом пациент приедет точно в те же позиции. По умолчанию. Так же будет и во все следующие сеансы. Для большей уверенности используем портальную визуализацию. С помощью рентгеновских снимков перед каждой укладкой удостоверяемся в точности положения пациента, и тем самым контролируем и точное нахождение опухоли. Это клиническая составляющая нашей работы.



Результаты исследований пациента используются для составления компьютерной программы лечения на линейном ускорителе

Физики и медики работают в тесной связке

А что касается технических возможностей, то ускоритель имеет многолепестковый коллиматор и разрешение HD, что позволяет нам сформировать поле облучения: минимальное – 2,5 на 2,5 миллиметра, максимальное – 40 на 40 сантиметров. К примеру, мы можем лечить отдалённые метастазы головного мозга и проводить стереотаксическую радиохирургию. Данный аппарат имеет ротационную функцию. То есть сама головка «гентри» вращается на 360 градусов в ту и другую стороны.

При составлении программы облучения анализируется вся клиническая картина пациента: возраст, наличие сопутствующих заболеваний, вес, рост, объём. Так складывается подход в отношении конкретного больного.

У нас есть 3D-конформная (трёхмерная) лучевая терапия, объёмно-модулированная (с непрерывной подачей луча) лучевая терапия. Это новые технологии, которые сейчас используются в линейных ускорителях. В каждый момент времени луч будет находиться в новой точке пространства. Пока он сделает арку в 360 градусов, маленьких точек – ударов по мишени – будет бесконечное множество. И это хорошо, поскольку позволяет делать должное распределение и конформность (трёхмерность) покрытия. На прежнем оборудовании мы могли «покрыть круг квадратом», а сейчас мы можем «покрыть круг кругом», сгладив все углы».

(Антон Сергеевич Свинцов,
начальник отдела радиационной
безопасности и медицинской физики)

Химиотерапия. Таргетные препараты

Химиотерапия – перспективная и динамично развивающаяся отрасль онкологии. Наиболее эффективный результат получается в сочетании её с хирургическими и лучевыми методами лечения. Отделение химиотерапии оказывает плановую медицинскую помощь онкологическим больным с патологией лёгких, болезнями головы и шеи, гинекологии, желудочно-кишечного тракта, кожи и молочных желёз. Основные процедуры проводятся в условиях дневного пребывания пациентов. Это подразделение онкологического диспансера в 2014 году переехало на пр. Текстильщиков, 31а. Здесь четыре просторные палаты, оснащённые функциональными кроватями и креслами.

«Стрелять по мишени» – принцип, по которому идёт развитие и современной химиотерапии. Одним из важнейших достижений лекарственного лечения является **таргетная** терапия, которая всё шире применяется в костромском онкодиспансере. Особенность метода как раз и заключается в точечном воздействии только на опухолевые клетки, при этом влияние на здоровые ткани – минимально или полностью исключено. О таргетных препаратах и генных мутациях, о коллегах и перспективах химиотерапевтического лечения рассказывает заведующий отделением химиотерапии Михаил Игоревич Афанасьев.

Михаил Игоревич Афанасьев

«Всё идёт к тому, чтобы воздействовать на злокачественную опухоль как можно точнее. Точечно. Уже давно существует традиционная химиотерапия, которая влияет на весь

организм. Применяя её, мы понимаем, что вливаем внутривенно, «капельно», препарат, который имеет широкое воздействие не только на опухолевые клетки, но и, конечно, на здоровые клетки и органы, угнетая кровотворение. Это химиотерапия. А вот ***таргетная терапия и иммунотерапия*** *влияют непосредственно на опухолевый процесс в организме. Иммунотерапию называют элегантной терапией. Опухолевая клетка на своей поверхности вырабатывает молекулы, которые делают её невидимой для нашей иммунной системы, и та не распознаёт, что это чужая и вредная клетка. Онкоиммунологические препараты эту вуаль раскрывают и показывают иммунной системе чужака. Та видит чужеродные клетки и начинает сама с ними бороться. Онкоиммунология – это то, что идёт сейчас в мейнстриме, наряду с цитостатиками, которые уже давно применяются.*

Сейчас много генных мутаций. По раку кишки более 6 мутаций, по раку легкого – больше 10, хотя раньше было 1-2. Главное – определить мутацию вовремя, от этого зависит качество лечения и качество жизни пациента. Если человек заболел из-за генной мутации, и она установлена, мы можем применить конкретный таргетный препарат, хотя, конечно, такие лекарственные вещества очень дорогие. Но эффект от них такой, что мы бьём по опухолевой клетке, не повреждая сам организм.

Развитие таргетной терапии – это мировой процесс, это идёт в основном «оттуда». Изначально такие препараты были только зарубежного производства, но теперь уже российские производители освоили целую таргетную «линейку». К примеру, отечественная фармацевтическая фирма «Биокад» делает продукцию, аналогов которой нет в мире.

Подход к каждому больному индивидуальный. Учитываются возраст, сопутствующие патологии, стадия болезни, гистологическая структура опухоли, множество других нюансов. Существуют схемы, рамки, стандарты лечения.

Расширение спектра таргетных препаратов повышает наши возможности бороться с генными мутациями, которых, в свою очередь, стало больше выявляться в последние годы. Другими словами, к каждой мутации применим специальный таргетный препарат. Все виды мутаций, а их сегодня множество, мы не можем определить на нашей базе, в онкодиспансере. В этих случаях мы отправляем исходные данные генного тестирования в федеральные центры, и они помогают нам с определением.

Отмечу, что выявляемость заболеваний растёт в последние годы благодаря лучшему оснащения диспансера диагностическим оборудованием. Генных мутаций во все времена было определённое число, но просто сегодня мы их больше распознаём через диагностику. А это – достижения генетиков.

Расширяется спектр действия таргетных препаратов по меланомам, раку лёгкого, по желудочно-кишечному тракту, в том числе желудку, кишке, поджелудочной железе, предстательной железе. И – по головному мозгу. При этом лекарства совершенствуются. К примеру, биоцелумак, который раньше мало использовался, теперь основной препарат при лечении опухолей головного мозга. Вот что значит «таргет». Переносится хорошо. Люди живут.

Отделение химиотерапии располагает современным оборудованием и аппаратурой. Мы пока единственные в области, кто, например, может устанавливать «порты» венозные, через которые доставляется препарат в организм человека. Не надо каждый раз колоть вену. Установили такую порт-систему пациенту и многократно её используем. В областной больнице нет ещё такой техники.

Сотрудники отделения химиотерапии – активные, всегда готовы учиться, получать новый опыт, участвовать во всех консилиумах, семинарах. То есть постоянно повышают уровень знаний и квалификацию. И, я думаю, химиотерапия будет только развиваться. Как в целом, так и что касается нашего отделения. А отделение выполняет все планы, имеет помещения и возможности для работы, я бы сказал, прекрасные.

Онкология – это несколько врачей в одном. Онколог – это и терапевт, и хирург, и гистолог. Много специальностей должны быть в его голове. И, назначая лечение, он должен думать о последствиях и сопутствующих заболеваниях.

Рак всегда ассоциировался с крайностью, когда человек поставил крест на себе, и жизни дальше, вроде бы, нет. В ряде случаев так оно и происходит. До сих пор. Но в большинстве историй рак стал хроническим процессом. Это то же самое, как лечить хронический бронхит, хроническую пневмонию, хронический гастрит. И рак надо лечить как хроническое заболевание. А на ранних стадиях выживаемость и полное излечение доходит до 98-99 процентов. И центры амбулаторной онкологической помощи – ЦАОП – мы открываем для этого. Чтобы люди приходили, не стеснялись, обследовались. Бесплатно. И кроме ПЭКТ – позитронно-эмиссионной компьютерной томографии, у нас есть все методы обследования».

(Михаил Игоревич Афанасьев, заведующий отделением химиотерапии)

Централизованное стерилизационное отделение

Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО) – ещё одно достижение онкодиспансера. Его разместили в новом корпусе и оснастили по последнему слову техники. Сюда поступает инструмент практически со всех отделений – после операций и лечебных процедур. Здесь он сортируется, моется, обрабатывается и отправляется в специальной упаковке обратно в отделения. Современное оборудование, продуманная логистика, строгое соблюдение технологии, профессионализм персонала гарантируют качество работы ЦСО, а значит, определяют безопасность всего учреждения, связанную с профилактикой возникновения и распространения внутрибольничных инфекций.

«ЦСО разделено на три зоны. У нас есть «грязная зона», куда поступает инструмент после дезинфекции на местах. Здесь девочки его сортируют. Мы разработали своё цветовое обозначение. То есть каждому отделению, откуда поступает инструмент, – свой цвет и маркировка. И согласно требованиям о стерилизации на каждое отделение – стандартный план.

Следующее помещение – разборка, мойка инструментов. Есть специальные моечные машины. Для разных видов инструмента разные стеллажи и тележки. Переход по зонам – через санпропускники, где проводятся обработка рук и дезинфекция.

В чистой зоне все инструменты проходят паровую стерилизацию. Проходят, соответственно, через паровые стерилизаторы. Кроме того, у нас есть стерилизаторы с парами диоксида водорода. Далее инструмент комплектуется по наборам. Упаковывается или складывается в контейнеры. Стерилизационные сетки, корзины выкладываются определённым образом.

То есть получается три этапа: дезинфекция, стерилизационная очистка и непосредственно стерилизатор. Раньше дезинфекцию и стерилизационную очистку выполняли на местах. У нас было помещение подвальное, где стояли только автоклавы. Стерилизационную очистку делали непосредственно в кабинетах – в сухожаровых шкафах. А сейчас централизованно, и на местах обработки практически нет, за исключением эндоскопического отделения. У них дезинфекция ещё более высокого уровня, проводится в специальных машинах.

После стерилизатора инструменты попадают в чистое отделение и остывают полчаса на складе временного хранения, где поддерживается особый температурный режим – 20-21 градус. Важно, чтобы на обработанном инструменте не было конденсата. Инструмент упаковывается и в чистом лифте уезжает по подразделениям.

Начинали мы новые технологии стерилизации с «нуля», основываясь на опыте коллег. Например, главная сестра и заведующая ездили в «Коммунарку», где стоит такое же оборудование. Но при этом мы делали упор на специфику нашего диспансера».

(Галина Ивановна Загорская, старшая медицинская сестра)

Анестезиология и реанимация

По утверждению медиков, едва ли не половина успеха операции зависит от работы анестезиологов-реаниматологов. То есть тех, кто ведёт пациентов до, во время и после операции. Врачи этой специальности из Костромского онкологического диспансера сегодня известны далеко за пределами региона. И, прежде всего, речь о заместителе главного врача по анестезиологии и реанимации **Юлии Анатольевне Побединцевой**. На работу в Кострому в 2016 году её пригласил Владимир Михайлович Унгурян. Как мы уже говорили, оба они из Петербурга. Вместе с Юлией Анатольевной приехали и несколько её учеников – из северной столицы и других регионов страны. Побединцева стала одним из первых медиков, организовавших в Костроме работу «красных зон» в самом начале пандемии. Ей присвоено звание «Заслуженный врач России». Важным результатом деятельности Побединцевой в костромском «онко» стало создание отделения анестезиологии и реанимации. Мы побеседовали с Юлией Анатольевной – об особенностях работы в Костроме, жизнелюбии пациентов, отношениях с коллегами и будущем онкологии.

– Юлия Анатольевна, что получилось в результате всех усилий – ваших и ваших коллег? Какими возможностями сегодня располагает отделение анестезиологии и реанимации?

– Сегодня это современное отделение, которое может оказывать любую помощь. Мы готовы работать даже с пересадкой органов. Наши возможности определяются, прежде всего, кадрами. Профессиональными, хорошо подготовленными. На это ушло время. Но основа, костяк – те люди, кто работал с высокими технологиями ещё до приезда в Кострому.

*В процессе планирования и строительства своей службы мы закладывали определённую стратегию на будущее, понимая, что медицина и технологии будут развиваться. А потому и эргономика, и планировка помещений, и расположение оборудования, всё учитывалось таким образом, чтобы максимально можно было **технологии доставить пациенту**. Это самое главное, и это такой закон, что не пациент к технологии должен «подстраиваться», а технологии к пациенту.*

*У нас одна палата оборудована как своего рода трансформер. Она может в любой момент превратиться в операционную, если понадобится **экстренная** операция. Там можно разместить несколько весьма объёмных аппаратов – искусственной почки (гемодиализа), искусственной вентиляции лёгких, экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Мониторы у нас приспособлены для любого вида мониторинга. Как инвазивного, так и неинвазивного. Можно оценивать функции, которые не доступны стандартно-*

Юлия Анатольевна Побединцева

А. Д. Каприн и Ю. А. Побединцева после проведённой операции

му мониторингу. У нас всё это есть, персонал обучен и к этому готов. Есть даже энцефалограф, который может понадобиться при хирургических вмешательствах.

У нас нормальное, рабочее отделение реанимации, которое может с любым видом хирургической помощи работать. Теперь только прямо и вперёд, учиться дальше и развиваться.

– Вы сказали, что нынешние возможности отделения анестезиологии и реанимации закладывались ещё при проектировании и строительстве. Речь о новом корпусе, где сейчас находится отделение и который открылся в 2021 году. Врачи принимали активное и самое непосредственное участие в формировании проекта. Говорили, что обсуждение шло непросто...

– Мы активно вовлекали персонал диспансера в обсуждение того, каким бы хотелось видеть новый корпус, чтобы он соответствовал желаниям и мечтам. И когда мы согласовывали все предложения, это была очень трудная работа, которая отнимала много времени и сил. Мы охватывали всех сотрудников, чтобы каждый мог в какой-то мере подсказать нам, руководству, как лучше всё расположить, как лучше в плане функционирования. Такое «обдумывание всем миром», до мелочей, позволяло сделать все помещения действительно максимально соответствующими нашим запросам и современным технологиям.

– Например?

– Мы даже вымеряли рост всех сотрудников, чтобы определить, на какой высоте лучше расположить консоли с оборудованием. С одной стороны, чтобы они не мешали проходу. А с другой – чтобы до консоли можно было легко дотянуться и подключить к ней электрический шнур. И эти нюансы продумывались с учётом того, что мы были ограничены в пространстве, в помещениях. Мы должны были вписаться с нашими желаниями и предложениями в определенные размеры, выжать из них по максимуму исходя из выделенных финансов. И мне кажется, у нас получилось.

– У вас огромный опыт работы в Петербурге – в одной из крупнейших клиник страны, на вашем счету тысячи операций и спасённых жизней. А какие вы отметите особенности анестезиологии и реанимации здесь, - в онкологии?

– Это сложный для меня вопрос. Более философский, чем профессиональный. Да, двадцать лет своей жизни я отдала тысячекоечной больнице в Петербурге, начиная с врача противошоковой бригады и заканчивая старшим ординатором. Это больница скорой помощи, где определённый контингент пациентов – с сочетанными травмами, с множеством всего-всего, кроме ожогов. Вся ургентная патология, которая встречается не только в хирургии, но и в терапии и других специальностях наших, там присутствует. Сказать об онкологии, что она чем-то особенным отличается, я не могу. Хотя с точки зрения хирургии в онкологии чаще бывают симультанные вмешательства, когда приходится оперировать не в одной зоне, а в нескольких, на разных органах. Часто это сопряжено с сосудистой хирургией. Но это не является выраженной особенностью. Если вы развиваетесь, то в каждой специальности эта «множественность» может проявиться.

Для меня особенность работы в онкологии – это преодоление некоего барьера в общественном сознании и в сознании каждого человека. Считается, что онкология – уже приговор. Долго вырабатывалось в людях, что онкологический пациент – безнадёжный. И даже среди врачей бывает, что приходит, например, к кардиологу пациент с профильным заболеванием, а по ходу у него ещё и онкология, то к такому пациенту невольно сразу отношение «по остаточному принципу». Это ужасно. И плохо, что сами пациенты смиряются с «приговором», опускают руки. Это боль для них, трагедия для близких.

В «онко» много пациентов старшей возрастной группы, как правило, с сопутствующими заболеваниями. И по ним мы часто видим в документах просто отписки от наших коллег других специальностей. Это мне не нравится.

И ещё момент. Для врачей в онкологии ***психологически, морально тяжело***, что какая-то сиюминутная победа в лечении пациента в итоге всё равно сходит на «нет» в довольно короткие сроки. А, к примеру, в перинатальном центре, где я тоже работала, обстоит по-другому. Прооперировали успешно пациента, и у него целая жизнь впереди. Даже не одна, а две, когда роды принимаешь. Или в травматологии, когда поступает пациент с тяжелыми травмами. Врачи провели операцию, всё ему собрали, вложили труд многодневный или многомесячный, реабилитировали и потом видят его в течение многих лет, живущего полноценной, нормальной жизнью. И часто пациенты и врачи впоследствии становятся друзьями, дружат семьями.

Здесь же, в онкологии, этого нет. А есть своего рода обречённость. Да, по каким-то нозологиям достигли великолепных результатов, живут люди десятилетиями, в хорошей ремиссии. Но всё-таки рецидивы здесь чаще. Представьте, вы прооперировали и решили какую-то сверхзадачу. ***Выписываете пациента, и у вас радость. Нет ничего лучше для доктора, чем успешная операция.*** Доктор знает, сколько вложено сил, преодолено всяких препятствий, и не напрасно. Но проходит год, и пациент умирает. Ремиссия, спрогрессировали метастазы. Вспоминаешь свою огромную работу, и сердце щемит.

Онкология сейчас преодолевает трудный путь. Мы боремся за каждый месяц выживания, причём, качественного выживания. В онкологии совсем другие сроки, нежели в прочих специальностях и областях. Мы ставим задачу – превысить порог выживаемости в «год». Что такое год в человеческой жизни? Да ничего, с точки зрения здорового человека. А мы боремся даже за «год». Ведь для онкологического пациента это целая жизнь. Да, это сложная задача, но будем её решать. Сначала мы за «год» боремся, потом за «три», за «пять»...

– Какие пациенты из вашей практики в «онко» особенно запомнились?

– Вспоминаются, к примеру, семейные истории. Лечили сначала маму от рака, пожилую женщину. Прооперировали, долго-долго

боролись за неё. Выписали домой. Какое-то время жила. В один момент ей стало плохо. В «скорой» отнеслись к онкологической пациентке прохладно, – мол, зачем к ней ехать? В итоге мы сами её забрали к себе в реанимацию, и она умерла от инфаркта. Хотя по «онко» всё было нормально, ничего не прогрессировало. А потом мы лечили её сына. Потрясающий мужчина. Как пример для всех нас, что такое ***жизнелюбие****, и что оно нам даёт. Мы склонны впадать в уныние, хотя понимаем, что это грех. Это у нас отнимает много полезной энергии, которую мы могли бы направить, в том числе, на своё здоровье. И этот мужчина, как и его мать, тоже заболел – раком кишечника. Мы сделали ему операцию, он её хорошо перенёс. Через год появились метастазы в печени. Мы провели химиоперфузию, после которой всё пошло не так – мы его брали повторно, у него шли кровотечения, были осложнения и прочие обстоятельства. Мужчина долго находился на ИВЛ, реабилитация проходила невероятно тяжело, крови ему было перелито очень много, на десятерых хватит. Он потерял килограммов тридцать за эту госпитализацию. Он реально умирал! Но он такой* ***жизнелюбивый человек****, что* ***стал поправляться****. И даже помогал нам и себе самому. Своим чувством юмора. Он не раз был женат, и шутил на эту тему, и было смешно, когда рассказывал про своих «бывших». У всех поднималось настроение, что лишь помогало в процессе лечения. Красивый мужчина, немножко в возрасте, со здоровым, несмотря на перенесённую болезнь, цветом лица. Он пролечился и выписался. И как-то летом я его встретила. Он: «Юлия Анатольевна, а почему вы мне вопросы не задаёте – как я себя чувствую, как у меня дела?». Я на него смотрю и говорю: «Ты опять женился?» Посмеялись. Вроде бы не совсем хорошо часто жениться-разводиться, но он позитивный человек и притягивает к себе женщин. Благодаря оптимизму и живёт. Для меня это удивительная история. Сейчас мужчина наблюдается, у него остаются метастазы, но состояние стабильное.*

Ещё есть бывшая пациентка, которая регулярно шлёт мне свои видео про себя и семью. Молодая женщина, чуть больше тридцати лет, у неё был рак шейки матки - запущенный, от неё уже все отказались. Она умирала от кровотечения. Наши ребята сделали ей операцию. Потом у неё случилось осложнение, она долго в коме находилась. Никто не верил, что она поправится. Но она поправилась…

– А среди самих онкологов есть пессимисты по отношению к больным? Ведь важно, чтобы и доктор вселял надежду и уверенность в пациента.

– Да, такие пессимисты встречаются среди онкологов, прежде всего – молодых. И это плохо. Наше поколение врачей воспитывали так, что в каком бы «разобранном» состоянии к тебе не привезли больного, ты должен из него чего-то слепить, ты должен верить в его спасение и спасать до конца.

С одной стороны, ты вмешиваешься в Божий промысел, который, вроде бы, всё определяет – жизнь, болезни, уход из жизни. А с другой – почему бы и нет, раз тот же Бог дал тебе в руки эту профессию, дал возможность и способности лечить и спасать. Значит, давай, доктор, работай. Я чувствую, когда ещё нужно помогать, когда ещё не всё проиграно.

– А как ведут себя близкие и родные раковых больных, которые тоже воспринимают диагноз «онкология» как приговор? Вы, наверное, насмотрелись всякого?

– У нас есть культура прихода в этот мир: семья собирается, родственники готовят колясочки, пелёнки, оберегают беременную. Но совершенно отсутствует и потеряна культура ухода из этого мира. У наших предков она заключалась в том, что близкие люди окружали безнадёжного больного любовью, заботой и вниманием. Сидели у постели, поправляли подушки, приходил батюшка. Никто не падал, не бился в истерике. Было нормой, чтобы человек ушёл достойно из жизни. Мы эту культуру потеряли, но приобрели другое. Люди проблему «ухода» хотят спихнуть на медицину. Они дёргают врачей – давайте, вы ничего не делаете, мы напишем жалобы. И они пишут жалобы, что медики якобы отказываются лечить, как надо. Вместо того, чтобы быть просто рядом с больным – в его последние месяцы, недели, дни, люди тратят энергию и драгоценное время на войну с докторами. И эта война нередко продолжается и после смерти человека. В современном обществе почему-то есть установка – только бы больной, особенно лежачий, не умер дома. И любым способом, через скорую или как-то по-другому, «сплавить» человека на медицинскую койку. Отсутствие этой культуры отражается не только на онкологию, но и другие сферы медицины.

– Костромской онкологический диспансер осваивает высокотехнологичные операции. Изолированная химиоперфузия печени даже поставлена на поток. Понятно, что без сильной анестезиологии и реанимации проводить сложнейшие операции сегодня невозможно. Каким вам видится значение вашего отделения в этом процессе, хватает ли понимания и взаимодействия с коллегами других специальностей?

– Времена гениальных одиночек ушли безвозвратно. Если раньше могли родиться Пирогов, Вишневский, другие выдающиеся доктора, которые совершали «медицинские подвиги», делали открытия, без особого сопровождения и поддержки, то в наше время требуется работа огромного коллектива специалистов. Высокотехнологичная операция – это действительно коллективный труд. Любая технология состоит из определённой последовательности действий.Чтобы добиться конкретного результата, нужно выполнять эти действия безупречно и качественно, ничего не пропуская и не забегая вперёд. Так же и в медицине. Вы продумываете каждый шаг. Чтобы высокотехнологичную операцию пустить на поток, отрабатывается всё до мелочей. Здесь важно чёткое взаимодействие врачей, в том числе и прежде всего – с анестезиологами и реаниматологами, которые готовят пациентов к операции.

– Говорят, что с усилением вашего направления – анестезиологии и реанимации – в онкологическом диспансере стали больше внимания уделять именно подготовке пациентов к операции. И что вы

очень требовательны к коллегам-онкологам, когда нужно учитывать при лечении раковых больных их сопутствующие заболевания. Иногда между докторами и искры вспыхивают...

– Онкодиспансер – монопрофильное учреждение, и в этом сегодня есть некоторая проблема. Лично я «задыхаюсь», потому что не хватает общения, взаимодействия с коллегами смежных специальностей.

Чтобы понимать риски, сопряжённые с тем вмешательством, которое предстоит пациенту с множеством сопутствующих заболеваний. Анестезиологов иногда обвиняют, что мы излишне требуем перед операцией всякие справки от «смежных» врачей. А мы их и собираем, чтобы ***понимать риски****. Это знание нужно не для того, чтобы отказать пациенту, а для того, чтобы предотвратить какие-то события, не допустить осложнений. Другими словами, чтобы подготовить больного к операции, анестезиолог должен знать о нём всё. Это поможет всей операционной бригаде врачей достичь результата.*

На практике нередко бывает по такой схеме. Приходит к онкологу человек, у него – рак. Человека надо оперировать. И онколог пропускает мимо, что написали эндокринолог, кардиолог, невролог. Онколог – тоже узкий специалист, и замыкается на своём профиле, ему важно провести свою операцию. Помните, как у Райкина – к пуговицам претензии есть? Нет, пришить намертво, не оторвёшь. А за костюм кто ответит? Поэтому анестезиолог-реаниматолог обязан учитывать все обстоятельства. И когда перед наркозом пациент ему рассказывает, что перенёс, к примеру, уже два инфаркта, три инсульта, «сахара» поднимались... В общем, здесь возникают, мягко говоря, трения между анестезиологами и онкологами. Я называю это «напряженно сотрудничаем». В монопрофильном учреждении это преодолеть очень трудно. Анестезиологам приходится обращаться в другие клиники к кардиологам, эндокринологам, неврологам, у которых своих пациентов хватает, а тут ещё с онкологией встревают. Представляете, какое это сложное взаимодействие. Как внутри онкослужбы, так и вне её. Другое дело – тысячекоечная больница, где я работала. Мы могли в любое время суток собрать всех – всех смежных врачей, потому что они так же дежурили, как и мы, анестезиологи-реаниматологи. И бывало, привозили человека без сознания, о котором не знаешь ничего. Кроме первичных, внешних признаков. И каждый из собравшихся специалистов высказывал свою позицию. Так, в оперативном режиме, вырабатывалось решение, как человека вернуть к жизни, как прооперировать.

– Получается, будущее онкологии в уходе от монопрофильности?

– Мне бы этого хотелось. Если не «под одной крышей», то, во всяком случае, онкология и смежные специальности, отвечающие за сопутствующие заболевания наших пациентов, должны быть ближе друг к другу и взаимодействовать легче и быстрее. От этого будет зависеть успех лечения, а значит, здоровье и жизни людей.

Наша справка

Развитие онкослужбы напрямую связано с реализацией в стране и регионе федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018-2024 годы», который является важнейшей составляющей **Национального проекта «Здравоохранение»**. Речь идёт о значительном увеличении финансирования системы онкологической помощи, оснащении медучреждений современным оборудованием, подготовке кадров. Это в полной мере относится и к Костромскому онкодиспансеру. Нацпроект направлен на изменение самой модели онкологической помощи. В центре этой модели должен быть индивидуальный подход к каждому пациенту, доклиническое выявление заболеваний и комплекс профилактических мер.

«Государство поставило задачи перед всем здравоохранением в ближайшие годы снизить в целом по стране смертность от новообразований до 185 случаев на 100 тысяч человек, увеличить охват населения профилактическими медосмотрами с 40 до 70 процентов. Удельный вес злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных на ранних стадиях, довести до 63 процентов, а долю онкобольных, состоящих на учете 5 и более лет, до 60 процентов. Одновременно мы должны уменьшить одногодичную летальность от ЗНО до 17,3 процента. Все это возможно только при повышении доступности онкопомощи и ее качества».

(Андрей Дмитриевич Каприн, главный онколог Минздрава России)

Основой для эффективного использования средств, направляемых в здравоохранение и, в частности, в онкологию, является фонд обязательного медицинского страхования. От слаженности взаимодействия ФОМС с системой онкологической помощи зависит успешность нацпроекта в регионе, а значит, здоровье и жизнь пациентов.

«Онкологическая помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказывается с 1998 года. С каждым годом помощь онкобольным совершенствуется, соответственно, расходы на неё увеличиваются. В том числе за счёт реализации приоритетного национального проекта «Здравоохранение».

Так, сумма средств на оказание данного вида помощи за последние пять лет, в том числе благодаря нацпроекту, увеличилась с 400 млн рублей до 1,1 млрд рублей в год! Средняя стоимость случая лечения за этот же период выросла с 48 тысяч рублей до 100 тысяч рублей.

Кроме того, постоянно совершенствуются методы лечения онкобольных. В 2018 году применялось 294 схемы лекарственной терапии, в 2022 году – 761 схема.

Взят курс на внедрение и развитие высокотехнологичных методов лечения. Объём такой помощи вырос со 157 случаев в 2015 году до 745 случая в 2022 году.

Ежегодно в круглосуточном и дневном стационарах получают медицинскую помощь по профилю «онкология» более 4000 пациентов».

(Владимир Евгеньевич Николаев, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Костромской области)

НАЧИНАТЬ НАДО С «ПЕРВИЧКИ»

«Я решил себя обезопасить. Увидел на теле новую родинку и решил ее проверить. Позвонил. Очень легко записался. Удобно, я здесь в двух шагах живу. Пришёл, посмотрю на открытие и сразу пройду этот путь».

(Евгений, пациент)

«Позвонила и сразу записалась. Приятно здесь, всё красиво. Приходишь сюда, и как будто попадаешь в уютный дом».

(Ирина Николаевна, пациентка)

«Слышала не раз, что в плане «онкологии» лучше обследоваться как можно раньше. А такой центр как раз даёт эту возможность. Проверюсь и успокоюсь. А если что-то найдут, значит, будем лечить. Но лучше сейчас ухватить, чем потом, когда поздно будет».

(Валентина, пациентка)

Это отзывы первых посетителей Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) в Костроме, что на улице Профсоюзной. Его торжественное открытие состоялось 21 июня 2021 года. В этот день здесь не только перерезали «красную ленточку» и показали новый медицинский объект руководству области и журналистам, но и встретили первых пациентов. К их приёму уже всё было готово.

ЦАОП в Костроме построили и оборудовали как современную поликлинику – с большим холлом и регистратурой.

«Задача ЦАОП – выявление онкозаболеваний на ранней стадии. Бытует мнение, что чем больше онкологий, тем хуже. На самом деле – когда мы выявляем много онкологий, это наоборот – хорошо. Потому что это действительно сейчас заболевание номер один в мире. Но его не нужно бояться. ***Нужно онкологию выявлять на ранней стадии, эффективно лечить и забыть про это. Начинать надо с «первички».*** *В странах, где выше выявляемость – ниже смертность».*

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического онкологического диспансера)

«Ранняя диагностика рака, например, молочной железы – позволит снизить количество осложнений, связанных с дальнейшим лечением, улучшит прогноз и в плане самого заболевания, и в плане переносимости терапии».

(Наталья Васильевна Дюжева, заведующая ЦАОП, г. Кострома)

ЦАОП, как подразделение областного онкодиспансера, является своего рода **первичным звеном** всей онкологической службы. На площади более 1100 кв. метров, кроме холла и регистратуры, разместились пять врачебных кабинетов, а ещё кабинеты УЗИ, колоно-гастроскопии и маммографического комплекса. Кроме точнейшей цифровой диагностики в Центре предусмотрено отделение

На открытии Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) в Костроме, 21 июня 2021 года

химиотерапии, как раз для лечения на ранних стадиях болезни. Это дневной стационар на восемь коек, где пациенты проходят сеансы амбулаторно. При этом ЦАОП, занимаясь профилактикой и ранним выявлением онкозаболеваний, разгружает поликлинику онкодиспансера, которая продолжает работать для жителей региона в прежнем режиме.

В коллективе Центра десять врачей-онкологов различных специальностей. Работа ведётся в две смены. Центр рассчитан на приём ежедневно до ста пациентов с подозрением на онкологические заболевания. То есть тех, кто нуждается в точном диагнозе – есть злокачественное образование или нет. И не важно – с направлением участкового терапевта, неоднозначными анализами и обследованиями или по собственной инициативе. Принцип работы центра – получение ответа пациентом сразу после обращения. Ежегодно планируется обследовать не менее 20 тысяч костромичей. И место расположения ЦАОП выбрано совершенно обоснованно, а именно – в самом густонаселённом микрорайоне Костромы – Давыдовском. То есть новое учреждение повышает доступность помощи, она будет оказываться ближе к месту жительства огромного числа пациентов.

Решение создать ЦАОП было принято губернатором Сергеем Ситниковым в 2020 году. Из региональной казны на строительство Центра в Костроме направили 85 млн рублей, ещё 115 млн – на оснащение. После открытия нового корпуса онкодиспансера ЦАОП стал ещё одним шагом в развитии онкологической службы. Это позволит эффективнее противостоять заболеванию, которое на втором месте среди причин смертности жителей области.

«В Костромской области формируется комплексная система оказания качественной медицинской помощи людям с онкологическими заболеваниями. Мы открыли центр амбулаторной онкологической помощи в Костроме. Хочу сказать слова благодарности строителям, которые этот объект сдали. Но особые слова благодарности главному врачу онкодиспансера Владимиру Михайловичу Унгуряну и всему его сплочённому коллективу, который сегодня растёт и развивается. Я желаю, чтобы в борьбе с онкологией у наших медиков были очевидные успехи. Это в интересах всех жителей области».

(Сергей Константинович Ситников, губернатор Костромской области)

Кроме Костромы, центры амбулаторной онкологической помощи уже скоро откроются в Шарье и Галиче.

СОЕДИНЯЯ ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

История, говорят, циклична. И, словно пробежав по кругу, повторяется, но уже на другом уровне. 15 января 2022 года в жизни Костромского онкологического диспансера произошло событие, которое и отмерило этот своеобразный исторический круг. Событие знаковое не только для медиков, но и для всей Костромы. В этот день состоялось торжественное открытие и освящение мемориальной плиты на фасаде исторического корпуса диспансера, объекте культурного наследия. Как мы рассказывали в первой главе книги, в начале XX века здесь располагалась община сестёр милосердия Красного Креста во имя Фёдоровской иконы Божьей Матери. И при общине – больница, которую в 1913 году открывал сам Николай Второй. В честь 300-летия Дома Романовых.

На мемориальной плите отмечен вклад Общества Красного Креста, на средства которого и при личном участии Императрицы Марии Фёдоровны было построено здание. И впервые в Костроме увековечена память последнего российского Императора. Здесь в деталях воссоздан герб Общества. А по обе его стороны – портреты-барельефы императрицы и Николая II – царская семья присутствовала на открытии больницы. И вот спустя чуть более века память об этом сохраняют продолжатели традиций российской благотворительности.

Плита была установлена сразу после ремонта фасада исторического корпуса. Его восстановили практически точно в соответствии с изначальным обликом больницы, как и было столетие назад. Со средствами помогли некоммерческий благотворительный фонд «Наследие» и областной антираковый благотворительный фонд «Пока беда не коснулась всех». Поддержал проект Исторический Русский Императорский Красный Крест (старая организация ОКК, Париж). Мраморную плиту, сделанную костромичами, «украсило золотистое навершие, повторяющее украшение карниза ризалита». Автор проекта – заслуженный художник России Олег Иванович Молчанов.

Сергей Алексеевич Капнист

На открытии мемориальной плиты Общества Красного Креста на фасаде исторического корпуса Костромского онкодиспансера, 15 января 2022 года

На торжественное открытие памятного знака специально из Парижа приехал Сергей Алексеевич Капнист, председатель Исторического Русского Императорского Красного Креста, председатель Попечительского совета фонда «Наследие». Он же – граф и потомок известного дворянского рода Капнистов. Сергей Алексеевич Капнист поздравил всех с радостным событием, которое помогает соединить и примирить исторические эпохи.

«Я впервые в Костроме. Для меня это большая честь и удовольствие – присутствовать здесь. Это наши корни. Я хотел бы отметить, что очень важна историческая преемственность. Это для нас большая сила, и мы чувствуем, что без этой духовной составляющей не можем жить. Я уверен – для будущих поколений это особенно важно. Меня поразила история этой больницы. Это было передовое учреждение, когда его выстроили. И сейчас оно тоже передовое! Всем огромное спасибо».

(Сергей Алексеевич Капнист, председатель Исторического Русского Императорского Красного Креста (Париж))

Президент фонда «Наследие» Леонид Петрович Решетников поблагодарил местные власти, Владыку Ферапонта, всех, кто поддержал идею реставрации фасада больницы.

«Почти год назад мы стояли напротив нее и обсуждали, куда поместить мемориальную доску. И вдруг к нам подошел главный врач онкодиспансера Владимир Михайлович Унгурян и сказал: «А у меня уже есть план». И вот за год всё состоялось. Серое, мрачное здание преобразилось. Радостно смотреть на эту красоту сегодня. Без прошлого у нас нет будущего. Будем уважать своих предков, ценить их и знать – у России будет будущее».

(Леонид Петрович Решетников, президент некоммерческого благотворительного фонда «Наследие»)

Обращались к истории и говорили о необходимости преемственности поколений глава города Костромы Юрий Валерьевич Журин и исполнительный директор Костромского областного антиракового фонда «Пока беда не коснулась всех» Дмитрий Валентинович Суриков.

«Все в нашем городе до сих пор называют Костромской онкологический диспансер «Больница Красного креста». В следующем году исполняется 100 лет первому корпусу больницы, и мы будем отмечать это событие. Я благодарен всем, кто внёс свой вклад в дело сохранения исторической памяти и отреставрировал фасад больницы».

(Юрий Валерьевич Журин, глава города Костромы)

«Традиции Красного Креста на костромской земле продолжаются. Мы вместе с фондом «Наследие» восстановили исторический фасад этого здания и вдохнули в него новую жизнь. Антираковый фонд активно участвует в сборе средств для различного вида ремонтов в онкодиспансере. Последний ремонт – вот это здание. Фасад был сделан в течение прошлого года. Перед этим также крупные денежные средства наш фонд направил на ремонт палат и внутренних помещений, ком-

муникаций. Это была первая больница Красного Креста в Костроме. И она до сих пор сохранилась. Она до сих пор является медицинским учреждением».

(Дмитрий Валентинович Суриков, исполнительный директор Костромского областного антиракового фонда «Пока беда не коснулась всех»)

Главный врач онкодиспансера Владимир Михайлович Унгурян отметил, что сегодня вместе с государством, регионом неравнодушные люди вносят свой вклад в развитие лечебницы, которая переживает своего рода ренессанс.

«Мы видим сегодня такие же замечательные примеры благотворительности, как и столетие назад. Наш слоган – «Соединять традиции и инновации». Вместе мы можем сделать очень многое!».

(Владимир Михайлович Унгурян, главный врач Костромского клинического областного диспансера)

Митрополит Костромской и Нерехтский Ферапонт освятил памятную доску, окропив её и собравшихся святой водой. В онкодиспансере состоялась встреча с врачами, духовенством и жителями Костромы, на которой выступили Сергей Алексеевич Капнист и Леонид Петрович Решетников. В свою очередь Владимир Михайлович Унгурян провёл для высоких гостей экскурсию по онкодиспансеру, где они увидели современное оборудование и широкие возможности для высокотехнологичной помощи.

КОСТРОМСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Соединяя традиции и инновации

ЗАГЛЯНЕМ В ЗАВТРАШНИЙ ДЕНЬ

Где мы находимся сегодня, что нас ждет завтра? Вопросы, которыми не могут не задаваться профессионалы, работающие на перспективу и развитие. Своё понимание текущего момента и представление о горизонтах движения вперед есть и у костромских онкологов. Об этом – в небольшом интервью с главным врачом Костромского клинического онкологического диспансера Владимиром Михайловичем Унгуряном. Его ответами и закончим эту книгу.

– Владимир Михайлович, чтобы лучше понять, увидеть происходящее, необходимо, наверное, иногда подняться над процессом. И вот глядя немного сверху – а вам, как руководителю и учёному, приходится это делать – какую дадите оценку современной онкологии? Не только у нас, а вообще, в мире? Где мы сейчас?

– Начнём с основ. Онкология стоит на трёх китах в плане лечения – хирургия, химиотерапия, радиология. И плюс сюда – первичка, то есть ранняя диагностика. Ей мы уделяем всё больше внимания, и сегодня у неё широкие возможности – КТ, МРТ, прочие методы.

*Мы пытаемся **комбинировать** все современные методы лечения, которые существуют в мире. Например, есть достаточно распространенные случаи рака желудка. Ещё три-четыре года назад считалось, что если опухоль не выходит за пределы желудка, то там надо делать операцию. И – всё. Это был золотой стандарт, и всем делали операцию, и только операцию. А сейчас – нет. Даже если опухоль локальная, и нет метастаз, всё равно при стадиях T1, T2, T3 нужно сначала провести химиотерапию, лишь потом – операцию, а затем опять химиотерапию. И только после всего этого заканчивается лечение. То есть теперь вот это – стандарт. В комбинировании. Мы всех пациентов, у которых такие стадии, не ведем сразу в операционную, как раньше. А, повторю для лучшего понимания, делаем химиотерапию, потом пациент отдыхает примерно месяц, затем проводим операцию, а потом снова химиотерапию.*

*Конечно, такая схема лечения сложнее и затратная по времени. Но для пациента получается **лучший результат**. Доказано. Комбинирование методов лечения сегодня всё шире применяется и при других онкологических заболеваниях.*

– Костромская область десятилетиями считалась проблемной по раковым заболеваниям. Как сегодня меняется ситуация с усилением и развитием онкологической службы?

– Есть целевые показатели, установленные Минздравом, за которые мы отчитываемся в конце каждого года. За невыполнение с нас «спрашивают». Это доля лиц, выявляемых на ранней стадии. Это количество пациентов, состоящих на диспансерном учёте пять лет и более. Это одногодичная летальность. И это доля пациентов, прошедших диспансерное наблюдение в текущем году, от общего числа пациентов. На сегодняшний день из этих четырёх показателей у нас «хромает» последний. Но, думаю, до конца года наверстаем отставание. Остальные показатели выполняем. И самый главный для нас показатель – снижение смертности от злокачественных новообразований. Правда, он нецелевой почему-то. Так вот в нынешнем, 2022 году, у нас смертность снизилась на 13 процентов по сравнению с годом прошлым. А если брать более длительный период, то, например, когда я принял должность главврача, смертность была 242 человека на сто тысяч населения, а сейчас – 215. То есть за шесть лет снижение смертности ***более чем на 10 процентов****. Но всё равно в целом по Костромской области этот показатель пока хуже, чем в целом по России. Ненамного, но хуже. Однако действительно так было десятилетиями, и исправить быстро ситуацию не получится. При этом статистика вообще-то вещь немного лукавая. Если сравнивать показатели с регионами Северного Кавказа, то там они намного лучше, чем где-либо в стране. Почему? Потому что там высокий процент молодого населения, которого онкология практически не затрагивает. Эти заболевания всё-таки касаются прежде всего людей старшего возраста. И там, где пожилого населения больше, показатели хуже, потому что онкологических заболеваний больше, даже при высоком уровне онкологической помощи.*

– И уж если мы заговорили о пожилых пациентах, которых в онкологии очень много, вспомним недавнюю историю, и она, в общем-то, ещё не закончилась. Я о пандемии коронавируса, ударившей, в значительной степени, по старшему поколению. Как она повлияла на работу онкодиспансера?

– Сложный вопрос и неоднозначный ответ. Есть такая проблема, она же – и преимущество: палка о двух концах, это как посмотреть. Я имею в виду монопрофильность нашего учреждения. К примеру, когда был ковид, это сыграло нам на руку. Мы смогли сохранить нашу службу, поставить эпидемиологический частокол такой, не дать развиться заболеванию «внутри нас». Мы как-то обособленно жили. Что и помогло нам не прекращать лечебный процесс. Но с чем мы сейчас сталкиваемся, и очень серьёзно. К нам приходят на лечение чаще пожилые пациенты, с множеством хронических заболеваний, обострившихся у них после ковида. Это касается сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, что после ковида особенно ярко выражено. Среди сопутствующих заболеваний распространён сахарный диабет, есть проблемы с церебральными зонами, наблюдаются склеротические изменения, дисциркуляторная энцефалопатия и так далее. В общем, букет такой.

– Получается, вам, онкологам, нужны специалисты по сопутствующим у ваших пациентов заболеваниям?

– Именно так! Нам, онкологам, чтобы принять решение по заболеванию нашего профиля, очень часто требуется тесная связка со смежными специалистами.

– И как эту связку осуществить?

– Вот здесь я и вижу определённый путь развития. Он, возможно, не в пользу монопрофильности онкологической службы, но тем не менее. Онкология – важная история, но она должна быть погружена в какую-то многопрофильную клинику. Где мы играючи решали бы проблемы, связанные, например, с осложнениями по сердечно-сосудистой системе, чтобы могли сразу это «сопутствующее» застентировать, прооперировать. Или скорригировать какую-то терапию, «не отходя от кассы». Вот в этом я вижу ***наше будущее. В коллаборации*** *(объединении, сотрудничестве) со специалистами смежных профилей.*

Эту проблему мы уже сейчас решаем. Взяли в штат онкологического диспансера кардиолога и терапевта. Кроме того, мы делаем функциональные тесты – УЗИ сосудов шеи, сердца, конечностей. Если надо, то мы на связи с главными специалистами – кардиологами, нефрологами, пульмонологами в нашем регионе. Есть ряд лабораторий в Костроме, услугами которых мы пользуемся – в частности, бактериологическая или станция переливания крови берут тесты наших пациентов. Но, если бы это всё было в одной организационно-штатной структуре, было бы проще.

К примеру, возникло какое-то, не дай бог, осложнение в процессе химиотерапии – инфаркт, то нужно вызывать специалиста со стороны, из другого медучреждения. А тут – раз, он под одной крышей, буквально на другом этаже. Пациента к нему переместили, сразу к необходимой аппаратуре подключили, трубку – в бедро, и сделали реваскуляризацию. Пациент там полежал, и мы продолжили с ним химиотерапию. То есть наше будущее – это когда все врачи-смежники, необходимые при сопутствующих болезнях, объединены в одной структуре, как говорится, все под рукой. А это здоровье и жизнь пациентов. Во всяком случае, я так вижу, это моя мечта!

– А как будут меняться сами пациенты? Будут ли они поступать в «онко» менее больными и более готовыми к лечению?

– Скажем честно, пациенты лучше не будут. Они станут ещё более коморбидными. Коморбидность – сопутствующие патологии, которые влияют на принятие решения. Коморбидным пациентам потребуется оказывать ещё больше специализированной высокотехнологичной помощи – не только онкологической, но и по другим профилям.

– Проблема решается и с другой стороны. Это ранняя диагностика и профилактика рака. Чтобы не доводить болезнь до последних стадий, да ещё и с букетом сопутствующих заболеваний.

– Да, мы очень надеемся, что ситуация в онкологии будет разворачиваться в эту сторону. Мы хотим, чтобы у нас было меньше тяжёлой работы. Зачем нам подвиги совершать каждый день? Ну зачем? Лучше выявить заболевание на ранней стадии и спокойно сделать операцию – небольшую, минимально инвазивную, с быстрым реабилитационным периодом. Чем на поздних стадиях делать сложные вмешательства, сильную химиотерапию или облучать с ног до головы. Для нас будет радость, когда люди поймут, что ранняя диагностика, выявление и лечение заболевания в самом начале – залог хорошего результата и изменение ситуации в онкологии в целом. Пациенты будут жить дольше, жить полноценно.

– И ещё о будущем костромской онкологии, судя по всему – ближайшем. Вы активный сторонник развития в нашем регионе медицинского туризма. Что мы можем предложить гостям?

– В тёплые месяцы, в сезон навигации, в Костроме останавливается множество туристических теплоходов. Люди едут и отдыхают, у них много времени. Пожалуйста, посмотрели достопримечательности, и пришли в онкодиспансер, где мы вам за один день сделаем обследование. Маммографию, соскобы и так далее. Вы до Астрахани ещё не успеете доехать – если следуете вниз по Волге, а результат уже будет готов. Вот такой мне видится перспектива медицинского туризма. Онкоскрининг в формате одного дня, когда турист получает диагностику по всем направлениям с консультацией онколога. Дальше по результатам обследования станет ясно, что делать. То есть, кроме отдыха и удовольствия от красот Костромы, человек сделал полезное дело в плане своего здоровья. Это удобно и относительно недорого. Примеры уже есть, и, надеюсь, их станет ещё больше.

В завершение скажу, что у костромской онкологии сегодня – широкие возможности. И здесь замечательный коллектив профессионалов. Сегодня мы все – команда, и вновь пришедшие, и кто давно работает. Эта команда соединяет молодость, опыт, традиции.

P. S.

Жизнь в Костромском онкологическом диспансере кипит, развитие идёт непрерывно, и всегда происходят события, заслуживающие внимание региона и страны.

Когда эта книга уже готовилась к изданию, пришла новость о скором открытии на базе онкодиспансера кардиохирургической службы. Договорённость достигнута в ноябре 2022 года на совещании медиков с костромским губернатором Сергеем Ситниковым. «Кардиохирургия» создаётся для проведения операций на открытом сердце, за которыми жители области пока ездят в федеральные клиники. Для этого вида высокотехнологичной медпомощи необходима мультидисциплинарная команда и соответствующее оборудование.

На совещании решили, что кардиохирургическая служба будет сформирована в сотрудничестве онкодиспансера и областной больницы. Сами операции на открытом сердце планируется делать в «умных» операционных нового корпуса «онко» с использованием, в том числе, аппарата искусственного кровообращения. Мультидисциплинарную команду сформируют врачи и медсёстры обоих учреждений.

Сейчас решаются вопросы получения лицензии. Первые операции на открытом сердце в костромском «онко» медики обещают провести уже феврале-марте 2023 года. Пожелаем успехов врачам, а значит, и выздоровления пациентам!

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ
Стр. 3
С СОИЗВОЛЕНИЯ ИМПЕРАТРИЦЫ И МИЛОСТЬЮ ИМПЕРАТОРА
Стр. 4
РОЖДЁННАЯ ПОБЕДНОЙ ВЕСНОЙ
Стр. 12
КУРС НА РАЗВИТИЕ
Стр. 23
ЧЕРЕЗ ЛИХОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ
Стр. 31
ПОКА БЕДА НЕ КОСНУЛАСЬ ВСЕХ
Стр. 34
В НОВЫЙ ВЕК
Стр. 40
ПРО КОМАНДУ МОЛОДОСТИ, ДВА МИЛЛИАРДА И НОВЫЙ КОРПУС
Стр. 46
ОПЕРАЦИИ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
Стр. 63
«КОСМОС» КОСТРОМСКОЙ ОНКОЛОГИИ
Стр. 71
НАЧИНАТЬ НАДО С «ПЕРВИЧКИ»
Стр. 96
СОЕДИНЯЯ ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ
Стр. 99
ЗАГЛЯНЕМ В ЗАВТРАШНИЙ ДЕНЬ
Стр. 103