

Внедрение НХМ позволило провести реорганизацию диспансера – открылись 2 отделения, гинекологическое и химиотерапевтическое, что также положительно отразилось на хирургической активности, сократились сроки пребывания больного на койке, а оплата по количеству операций с распределением дополнительного заработка по КТУ внесла значительный стимул в работу всех сотрудников отделения.

Переезд в новое здание дал возможность открыть операционный блок на 4 операционных стола, палату интенсивной терапии на 7 коек. Организаторами ПИТА были энтузиасты, врачи анестезиологи-реаниматологи Н.Л. Шерстова и С.П. Карапаев.

С 1992 по 2009 г. хирургическим отделением заведовала хирург высшей квалиф. категории Татьяна Афанасьева.

съевна Мигалкина, (гл. врач Иванова Р.И., 1986-2004 гг.).

С начала 90-х гг. начаты освоение и внедрение модифицированной радикальной мастэктомии, экстрафасциального удаления щитовидной железы, абдоминального доступа при нефрэктомии, расширенные операции при раке желудка, возобновилось проведение радикальных операций при раке легкого и прямой кишки.

В конце 90-х гг. в ЯРОД пришли молодые специалисты, которые к настоящему времени стали хирургами высшей категории – Егоров Д.Г., Кузнецов А.В., Николаева Т.И., Жарникова Т.Н. Т.И. Николаева и Т.Н. Жарникова защитили диссертации на учченое звание кандидата медицинских наук. С 2009 г. приступила к заведованию отделением Татьяна Ивановна Николаева, номинированная на звание “Лучший врач-он-

колог России” (гл. врач Карапаев П.Д. с 2004г.).

За последние 20 лет знаком «Отличник здравоохранения РС(Я)» награждены: хирурги и анестезиологи -4; медсестры – 4. Награждены грамотами МЗ РФ: врачи – 4; медсестры – 1. Присвоено звание «Заслуженный врач РС(Я)» - 1.

60 лет онкологической службе Якутии! Для каждого периода развития онкослужбы в целом, и хирургической деятельности в частности, характерен своими определенными достижениями и трудностями, своим достоянием – работниками. Меняются поколения хирургов, анестезиологов и медсестер, но незыблемым остается одно – это огонь, зажженный первыми хирургами-онкологами в борьбе за жизнь человека, который продолжает гореть в последующих поколениях хирургов.

Б.И. Альперович

ОЧЕРКИ МОЕЙ ЖИЗНИ (отрывки из книги)

(окончание. Начало см. в №1, 3 2009 г. №1 2010)

В 1962 году руководство Минздрава республики стало остро ставить вопрос о моём заведовании кафедрой хирургии. Дело в том, что шила в мешке не утаишь. Все в городе и университете знали, что всю работу на кафедре веду я (читаю лекции, веду практические занятия, лечу больных, оперирую), а заведующий кафедрой только числится таковым и занимается своими личными делами. К тому же он завершил работу над докторской диссертацией и представил её к защите, так что ему уже не нужна была эта должность. Я обратился за советом к профессору И.Л. Брегадзе, на что тот, не задумываясь, ответил: «Чем дураку подчиняться, лучше дураком распоряжаться!» - и настойчиво посоветовал мне принять кафедру.

После того, как я возглавил кафедру, моя жизнь никак не изменилась, поскольку до этого все годы делал то же самое, только в роли доцента. Очень изменился статус в связи с должностью. Чаще стали приглашать на республиканские мероприятия в качестве своеобразного «свадебного генерала», появились ученики, которые стремились к науке, и клинические ординаторы. Кстати, по просьбе ректора ординатуру для Якутского университета я пробивал в Минздраве России. Эта сложная процедура прошла довольно быстро. Я в то время был на усовершенствовании в Москве для заведую-

щих кафедрами. Мой товарищ - ректор Благовещенского мединститута - привёл меня в Минздрав России в отдел, который ведал интересующим меня вопросом. Пока чиновник лениво спрашивал, что мне нужно, открылась дверь и вошла заведующая этим отделом. Оказалось, что мы с ней давние знакомые: когда я приехал на работу в Якутию, она работала в якутском Минздраве, и мы встречались несколько раз в молодёжных компаниях. Она завела меня в свой кабинет и после длительных воспоминаний спросила, что, собственно, я делаю в министерстве. Когда я рассказал о цели своего визита, вопрос был решён в считанные минуты.

Моя супруга, Виктория Георгиевна, успешно окончила медицинский факультет университета, и после специализации по неврологии в Ленинграде начала работать в неврологическом отделении Якутской республиканской больницы. Там был очень хороший дружный коллектив, который при высоком профессионализме отличался весёлым нравом, так что мы неоднократно общались в неформальной обстановке. Об этих встречах у меня остались самые тёплые воспоминания. Дружили мы семьями и с хирургами, с которыми также сложились самые тёплые отношения на протяжении многих лет. Мне очень нравились эти взаимоотношения. Вне работы

- друзья и товарищи. В застолье, на пикнике, на даче, в театре. На работе - строжайшая дисциплина, субординация, никакого панибратства и поблажек. Мне думается, это наилучший вариант взаимоотношений в любом коллективе.

Несколько слов о сестрах хирургического отделения, которым я заведовал. Среди них выделялись две - старшая сестра отделения Валентина Алексеева и старшая операционная сестра Галина Назарова. Первая из них работала со мной много лет. У нас также сложились дружеские отношения. Очень ответственная, хорошая хозяйка и милая женщина, весьма властная и требовательная на работе. Мы дружили семьями много лет.

Старшая операционная сестра заслуживает особого упоминания. Когда я пришёл на заведование отделением, то не стал менять старшую операционную сестру, проработавшую до этого около 20 лет. Достаточно консервативный человек, она негативно относилась к моим нововведениям в работе операционной. Кроме того, по возрасту уже не успевала за мной во время операций. Однажды она заявила мне, что уходит на пенсию и уезжает из Якутии. Поскольку на тот момент не было штатной медсестры операционной кроме означенной, то я обратился к персоналу, не желает ли кто-нибудь учиться на операционную медсестру.

Одна из девушек - санитарка операционной, у которой было сестринское образование (какие-то рокковские курсы) выразила желание учиться. По моей просьбе прежняя старшая операционная медсестра взялась учить новенькую себе на замену. Через пару месяцев старшая операционная сестра уехала, заверив меня, что её приемница вполне справится. На первой же операции выяснилось, что прежняя медсестра ничему не научила свою сменщицу, кроме предоперационной обработки рук хирурга. Пришлось всё обучение взять на себя.

Из сказанного можно сделать следующие выводы: старшая операционная сестра - душа хирургии. От её работы зачастую зависит успех всего вмешательства и жизнь больного. Необходимо, чтобы ведущий хирург лично обучал её, не доверяя эту ответственнейшую работу никому. Во-вторых, давая поручение, надо всегда лично проверять, выполнено ли оно. Иначе может сложиться критическая ситуация. Описанная ситуация завершилась благополучно. Мне просто повезло. Моя кандидатура была просто фанаткой хирургии и, несмотря на мизерную зарплату, неоднократно признавалась мне, что для неё самое страшное наказание, если я отстранию её от работы в операционной. За короткое время новая операционная сестра стала работать блестяще. При довольно высокой скорости операции и при больших вмешательствах, стоя у операционного стола, она одна всегда успевала за мной и двумя помощниками, даже при самых сложных операциях, когда одновременно работали фактически две хирургические бригады. Много лет мы трудились вместе. К сожалению, эта молодая и красивая женщина заболела неспецифическим полиартритом и, несмотря на активное лечение (мы посыпали её для лечения в специализированный институт в Москву), осталась глубоким инвалидом.

Считаю необходимым сказать несколько слов о развитии анестезиологии. В силу сложившихся условий хирурги Советского Союза в течение многих лет пользовались почти исключительно местным обезболиванием и достигли в этом больших успехов. В.М. Воскресенский на моих глазах под местной анестезией успешно выполнил экзартикуляцию бедра по поводу саркомы. Больной спокойно лежал на столе и не жаловался на болевые ощущения. Всем известна виртуозная техника спинномозговой анестезии по А.Г. Савиных, который владел этим методом обезболивания. Он сумел под

спинальной анестезией даже удалить сложный зоб. А.А. Вишневский осуществил митральную комиссуротомию под местным обезболиванием, за что получил от Международного общества хирургов медаль Р. Лериша. В.И. Казанский впервые в СССР выполнил резекцию пищевода по Тереку под местным обезболиванием. Мне приходилось производить под местной анестезией все операции современной хирургии - гастроэктомии, резекции прямой кишки, пульмонэктомии и даже ушивать рану сердца.

Однако жизнь требовала своего, так как осуществлять большие, особенно торакальные операции под местным обезболиванием стало весьма затруднительно и порой даже невозможно. Ведь современный наркоз позволяет не только обеспечить безболезненное производство операции, но при этом управлять жизненно важными функциями организма, обеспечивая этим успех вмешательства. Важнейшую роль играет при применении общего обезболивания факт «отсутствия» больного во время операции. Это, с одной стороны, устраняет психическую травму для пациента, а с другой - обеспечивает хирургу возможность спокойно осуществлять вмешательство, что также немаловажно.

Сегодня эти сентенции представляются нам банальными и общеизвестными. Молодые хирурги даже не понимают, как можно сделать лапаротомию или резекцию желудка под местным обезболиванием. В прежние годы, о которых я веду речь, местная анестезия была довлеющим методом обезболивания, а наркоз применялся в исключительных случаях. Давали наркоз обычно молодые хирурги, так как это считалось неблагодарным делом. Естественно, делалось это достаточно неквалифицированно. На Пленуме Всесоюзного общества хирургов в середине 1960-х годов, на котором обсуждались вопросы хирургии пищевода, профессор Гейнац - крупный хирург и специалист именно в хирургии пищевода - осмелился заявить с трибуны, что местная анестезия задержала развитие хирургии пищевода в нашей стране. Сидящий в президиуме А.А. Вишневский настолько бурно отреагировал, что докладчику пришлось оправдываться и чуть ли не публично извиняться, хотя по существу сказанного он был абсолютно прав. Жизнь впоследствии подтвердила это: сегодня ни один хирург не представляет себе операцию на пищеводе под местной анестезией.

В формировании моих взглядов на необходимость внедрения современного общего обезболивания значительную роль сыграл известный хирург профессор Исаак Соломонович Жоров. Участник Великой Отечественной войны, главный хирург, обеспечивавший руководство хирургической службой группы войск во время Курской битвы, он очень много сделал для развития в нашей стране современного общего обезболивания. Мы познакомились на одном из съездов, и И.С. Жоров пригласил меня в клинику. Впоследствии мы несколько раз встречались, и я неоднократно бывал в его клинике, главным анестезиологом которой был ученик И.С. Жорова В.Л. Маневич, вероятно, первый или один из первых анестезиологов - докторов медицинских наук в нашей стране. При посещении клиники я бывал в операционной, где сам убедился в преимуществах современного эндотрахеального наркоза. Большие операции в совершенно спокойной обстановке осуществлялись при отличной релаксации и достаточной экспозиции. Больные после операции просыпались в палате.

Нужно было осваивать современное общее обезболивание. Для этого при поддержке Минздрава Якутии я добился одновременной командировки в Ленинград на курсы торакальной хирургии в институт усовершенствования врачей для меня и молодого, сразу после окончания института, врача на кафедру анестезиологии, возглавляемую тогда В.Л. Ваневским - также известным анестезиологом. Пока я совершенствовался по торакальной хирургии, мой юный товарищ овладевал основами анестезиологии. В дальнейшем мы успешно работали в Якутске. После отъезда из Якутии этот талантливый врач Михаил Аммосович Фролов стал доктором наук, профессором и возглавляет анестезиологическую службу в одной из центральных областей России.

В необходимости обучения профессионального анестезиолога меня убедил ряд тяжёлых моментов, имевших место ещё до этих событий. Получив современную наркозную аппаратуру, мы стали внедрять в хирургию общее обезболивание. Давали наркоз хирурги по очереди. Это вело к тому, что пришлось пережить все осложнения, о которых пишут в книгах. В частности, в одну из моих командировок во время операции, проводимой в недавно отремонтированном хирургическом

отделении, произошёл взрыв наркозного аппарата. Хирург, дававший наркоз, получил ожоги рук, лица и убежал из операционной. К счастью, система подачи газовой смеси больному в момент взрыва разгерметизировалась, и интубационная трубка осталась в трахее больного с выключенным дыханием. Оператор не растерялся, стал осуществлять больному искусственную вентиляцию лёгких «рот в трубку» и тем спас ему жизнь. Всё окончилось благополучно как для больного, так и для анестезиолога. При последующем анализе было установлено, что взрыв произошёл из-за того, что пары масляной краски вступили в реакцию с кислородом, подающимся из наркозного аппарата. Это послужило нам всем предметным уроком на будущее. В дальнейшей хирургической работе я всегда старался работать в тесном контакте с анестезиологом, поскольку от него в значительной мере зависит успешный исход оперативного вмешательства.

Работа над докторской диссертацией продолжалась. Во время её выполнения я старался как можно полнее осветить проблему, тем более что в руках был уникальный клинический материал. Это позволило мне по совету профессора И.Л. Брегадзе предложить свою оригинальную клиническую классификацию альвеококкоза, которая позже была одобрена большинством хирургов и даже вошла в учебник по частной хирургии под редакцией Ю.Л. Шевченко, выдержавший два издания (в 1997 и 2000 годах). В диагностике я嘗试 использовать всё новое, что появлялось в хирургической литературе.

Поскольку обладал уникальным клиническим материалом, получилось так, что большинство приёмов для диагностики альвеококкоза впервые использовал и описал я. В частности, применил лапароскопию. Поскольку в больнице не было лапароскопа, то применил обычный торакоскоп и попался увиденному. Возможности фотографировать тогда не было, поэтому рисовал увиденное, хотя художник я от слова «худо». Необходима была ангиография. Ангиографическая приставка также отсутствовала, поэтому решил воспользоваться новым методом трансумбиликальной портографии. Снимал под лучом на обычном диагностическом аппарате. Получил отличные рентгенограммы, которые позволили, во-первых, дать всю интерпретацию рентгенологичес-

ких изменений в системе воротной вены при альвеококкозе, во-вторых, убедиться с помощью анализа гепатограмм в дооперационном определении операбельности процесса, и в-третьих, узнать, что при альвеококкозе изменения в сосудистой системе печени происходят сначала в венозной системе и только затем - в желчных протоках. Последнее положение было убедительно подтверждено исследованиями моего ученика А.С. Ялынского, который на трупном материале выполнил уникальную работу по изучению сосудов и протоков методом наливки и коррозии сосудистой системы печени при различных патологических состояниях (альвеококкозе, раке первичном и метастатическом, эхинококкозе и циррозе).

Также меня заинтересовало изучение печёночного кровотока. Для этого впервые использовал метод реогепатографии. Интересные данные были получены моим ординатором А.П. Радионовой. В дальнейшем часть этих исследований были продолжены и обобщены в кандидатской диссертации Ю.А. Назарко уже в Томске.

Благодаря помощи друзей патологоанатомов М.В. Ищенко и А.М. Тюкавкина удалось провести уникальные наблюдения и получить совершенно эксклюзивные фотографии ряда редких осложнений альвеококкоза, которые позднее цитировались во всех руководствах и учебниках не только Советского Союза, но и мира (руководства А.А. Шалимова, Blumgart). В частности, были описаны множественные метастазы альвеококкоза в головной мозг и лёгкие, лимфатические узлы брюшной полости, прорастание паразитарного узла альвеококка в поджелудочную железу, надпочечник, диафрагму, лёгкое и мышцу сердца. Затем встретилось прорастание паразитарной опухоли в аорту. В лабораторной диагностике, вероятно также впервые в мире, изучал материалы, полученные у больных альвеококкозом при стернальных пункциях, что позволило пролить свет на механизм появления эозинофилии при этом заболевании.

Что касается оперативной техники, то предложенная и разработанная оригинальная методика резекции печени дала возможность осуществлять очень большие резекции. В частности, тогда была выполнена резекция шести сегментов из восьми у молодой женщины по поводу альвеококкоза. Больная поправилась. К моему огромному удивлению, она через год явилась на осмотр практически здоровой и сообщила,

что за это время забеременела и успешно родила мальчика, которого в мою честь назвала Борисом. Я был потрясён неограниченными возможностями человеческого организма, которые в такой короткий срок позволили компенсировать не только потерю почти 75 процентов печёночной ткани, но и справиться с двойной нагрузкой на печень, вызванной беременностью.

Ранее, ещё за пять лет до защиты кандидатской диссертации я успешно выполнял по своей методике одновременные резекции патологических очагов альвеококка из разных половин печени, что было впервые в практике, и описал эту операцию в журнале «Вестник хирургии». Впоследствии был сделан ещё ряд подобных операций, а сегодня они выполняются повсеместно. Также успешно осуществлены и описаны двухмоментные резекции. Шадящая и технически простая методика резекции печени дала возможность осуществить также ряд комбинированных операций по радикальной резекции органа с одновременным или раздельным удалением метастатических узлов альвеококка из головного мозга, лёгких и поджелудочной железы и произвести резекцию печени с однократным удалением участков диафрагмы, желудка и перикарда, куда прорастала паразитарная опухоль.

В отношении паллиативных оперативных вмешательств долгое время я придерживался точки зрения В.С. Семёнова, что при альвеококкозе, как и при раке, следует делать радикальную операцию резекции печени или ограничиваться пробным вмешательством. В отличие от такого подхода работы И.Л. Брегадзе и его учеников свидетельствовали о целесообразности паллиативных вмешательств, поскольку они могут продлить жизнь больному, избавить его от страданий, иногда на многие годы.

Жизнь доказала, что последняя точка зрения является правильной. В настоящее время подобные паллиативные вмешательства вполне успешно осуществляются и в онкологии. Поводом для изменения позиции послужило следующее наблюдение. Однажды меня вызвали в один из стационаров города, где показали больную молодую женщину, которая уже длительное время находилась в тяжёлом состоянии. Она страдала неоперабельным альвеококкозом и по всем канонам не подлежала операции. Я был вызван для подтверждения этого факта. При обследовании пациентки обнаружил громадную печень, дости-

гающую пупка, жидкость в брюшной полости. Существовала большая полость распада и ясно определялась флюктуация жидкости внутри печени. Портальная гипертензия и «корона медузы» на брюшной стенке. Из чувства жалости взял больную в клинику, и один из моих молодых помощников под местной анестезией вскрыл большую паразитарную каверну в печени, откуда эвакуировал более трёх литров гноя. После операцииmarsupialизации (дренирование паразитарной опухоли) женщина постепенно стала поправляться и в удовлетворительном состоянии была выписана домой с небольшим гнойным свищем.

Примерно через год, когда в один из дней пришёл на работу (обычно возле кабинета всегда находились больные на консультацию или для решения каких-то вопросов), вдруг мне на шею бросилась молодая симпатичная и модно одетая женщина. Я был поражен. Оказалось, что это та самая, год назад умиравшая, больная. При обследовании все анализы были без отклонений от нормы. При наличии небольшого свища она чувствовала себя вполне удовлетворительно. По профессии зоотехник, она работала по специальности и погибла от альвеококкоза через восемь лет. Но восемь лет жизни мы ей подарили! С тех пор я убедился в необходимости и целесообразности производства паллиативных операций при альвеококкозе, стал их широко использовать в работе. Правильность этой точки зрения ещё больше подтвердилась после того, как уже в Томске начал заниматься криохирургическими операциями.

Помимо научной работы необходимо было осуществлять и практическую, и педагогическую деятельность. Год преподавал топографическую анатомию и оперативную хирургию, затем начал читать курс факультетской хирургии. Из-за малого количества студентов весь курс вёл один: читал лекции, вёл практические занятия. Поскольку первые годы было всего 50 студентов, то знал всех. С этого времени появилось твёрдое убеждение, что в основе хороших знаний студентов в клинике лежит высокая квалификация преподавателя и, главное, малые группы обучающихся, что позволяет достичь высокого качества преподавания и осуществлять постоянный контроль знаний студентов непосредственно у постели больного. Всё остальное - программируенный контроль, тесты, кинофильмы, мульжи, препараты - является лишь дополнительными и

вспомогательными методами. Никакой компьютер не заменит непосредственного общения врача с больным и работу студента с больным в присутствии преподавателя. Особенно это важно в аспекте приобретения навыков психологического общения с пациентами и формирования клинического мышления будущего врача. Все эти методы, особенно тесты, позволяют выработать алгоритм диагностического процесса, но само обследование больного является в нём главным. Иначе врач становится диспетчером, который в зависимости от того или иного патологического синдрома программирует ряд специальных исследований (УЗИ, инструментальные исследования, ангиографию и пр.), не вдумываясь в сущность патологического процесса.

Хотелось бы остановиться ещё на некоторых аспектах своего хирургического роста, которые могут представлять определённый интерес для будущих хирургов. К сожалению или к счастью, я ни одного дня не работал в клинике после окончания института. Не обучался в клинической ординатуре и аспирантуре. Как же мне удалось получить достаточно высокую квалификацию, стать ведущим хирургом клиники, куда я пришёл уже опытным хирургом и профессором? Естественно, и об этом часто пишут, следует работать над собой. Огромную роль в этом играют книги, без которых работа хирурга, да и врача вообще, невозможна. Всегда любил, ценил топографическую анатомию и оперативную хирургию, литературу по которой частенько в свободное время читал, изучал и перечитывал. Перед осуществлением нового вмешательства, как правило, старался изучить его детали по книгам и сделать операцию в анатомическом театре. Это очень помогает при выполнении операции, которой ранее никогда не производил. Не меньшую роль в формировании хирурга играют общение с корифеями хирургии и наблюдение за ними во время операции. А если я, как уже отмечал, никогда не работал в клинике, то как же общался и учился у корифеев нашей специальности? Со студенческих лет старался бывать на операциях, которые выполняли мои учителя. Многое тогда просто не понимал, но привычка осталась и сослужила мне в жизни очень хорошую службу. Ещё работая в студенческом кружке, во время практики после четвёртого курса на операциях М.А. Подгорбунского в Кемерово проводил хронометраж больших операций и убедился, что в

каждом вмешательстве есть стандартные действия, которые осуществляются автоматически, и за счёт них можно существенно сократить продолжительность оперативного вмешательства (разрез, лапаротомия, торакотомия, зашивание брюшной и плевральной полостей после операции и т.д.). Есть и нестандартные действия, которые требуют предельного внимания и не терпят спешки, способной привести к роковым последствиям. Вот эти этапы непозволительно производить на склоне!

Могу привести подобный пример. Я много оперировал и всегда стремился совершенствовать свою технику. Видел у опытных хирургов, как они быстро осуществляли некоторые этапы операции. В то время я только догадывался, что в основе этих действий лежит блестящее знание топографической анатомии области и точный расчёт. Как-то по возвращении в Якутск после защиты докторской диссертации профессор В.С. Семёнов впервые пришёл в операционную, где я должен был произвести резекцию правой половины толстого кишечника. По ходу операции потребовалась мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Зная, как Владимир Сергеевич ценил работу в брюшной полости острый путём (ножом или ножницами) на основе знаний анатомии области, я одним движением ножниц попытался рассечь брюшинный листок над двенадцатиперстной кишкой и при этом по всей длине вскрыл просвет кишки (ножницы были очень острые, а движение неточным). Растираясь, я молча смотрел в рану, а потом сказал: «Вот это мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру...» Не лишённый юмора учитель добавил: «Так, но только без «Ко!». И посоветовал, чтобы я не боялся и спокойно зашил кишку двухэтажным швом. В дальнейшем операция протекала без осложнений, и больная поправилась. Так я получил ещё один предметный урок хирургии.

Далее, как уже было сказано, следует учиться у мастеров хирургии, наблюдая за их работой в операционной. Вероятно, я счастливый человек, поскольку благодаря доброму отношению министра здравоохранения Якутии Павла Васильевича Любимова и главного хирурга Павла Петровича Габышева, начиная с 1957 года не только неоднократно бывал на усовершенствованиях по хирургии, но и являлся участником всех всесоюзных, всероссийских съездов и почти всех конференций по различным вопросам

хирургии. Это давало возможность присутствовать на заседаниях, слушать и видеть выступления ведущих хирургов страны, а также во время посещений клиник присутствовать в качестве почётного гостя в операционных и видеть многих выдающихся хирургов за операционным столом. Все они были весьма доброжелательны и приветливы и старались показать гостям всё самое новое и лучшее в клинике. В этом я вижу ещё один решающий момент в моём становлении как хирурга. Кроме того, дважды эти мероприятия сочетались с декадниками для главных хирургов краёв, областей и республик, и мне посчастливилось быть их участником.

Основные моменты вмешательств пытался всегда, включая детали, фиксировать на бумаге. Так, мне удалось побывать в клиниках Б.В. Петровского, А.Н. Бакулева, Б.С. Розанова, П.О. Андросова, Д.А. Арапова, Б.А. Петрова, В.Р. Брайцева, А.А. Вишневского, В.С. Маята, А.И. Савицкого, П.А. Куприянова, В.В. Гирголава, В.С. Левита, И.С. Колесникова, А.И. Нечая, А.Я. Пытеля, С.А. Гаджиева, И.Б. Розанова, В.С. Савельева, А.А. Русанова, А.Л. Колесова и других. Знакомство с организацией работы и оснащением таких передовых хирургических учреждений, как Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Институт онкологии им. П.А. Герцена, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, клиники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, безусловно, сыграло значительную роль в моём профессиональном формировании, а наблюдение за работой выдающихся мастеров современной хирургии показывало, к чему следует стремиться в своей хирургической деятельности.

Огромную роль в воспитании меня как хирурга и учёного сыграло посещение многих хирургических форумов -съездов и конференций. Очное пребывание в зале во время докладов позволяло не только познать суть изложенного. Личное присутствие на форумах даёт возможность узнать ораторские способности докладчиков, а главное, услышать мнение хирургической общественности и «законодателей мод» во время прений. Это самое интересное во всей работе съездов и конференций. К сожалению, в последние годы крайне мало времени и внимания уделяется именно обсуждению докладов. Ведь прения не публикуются, а читающему материалы дать их оценку не всегда возможно как по своей квалификации, так и по незнанию

мнения оппонентов докладчика. Решения же обобщают весь материал и служат как бы руководством к действию, но не всегда лучшим. Яркий пример тому решения в отношении вариантов ваготомии для лечения язвенной болезни желудка, принятые на всесоюзных и республиканских съездах под давлением ведущих хирургов страны. А кто делает эти операции сейчас и в том объёме, как рекомендовалось?

Во всех этих определяющих моментах моего профессионального роста существенную роль сыграло руководство Минздрава Якутии, которое довольно долго воспитывало меня как хирурга. Особенно отрадно, что подобное бережное отношение и открытие широких возможностей для совершенствования было предоставлено всем врачам Якутии, независимо от связей и национальности. Земной им поклон за это!

К моменту защиты докторской удалось опубликовать монографию по теме диссертации, которую отправил профессорам в Томск и в Москву (мне сообщили, что Б.В. Петровскому она понравилась). Памятую уроки кандидатской и переживания, связанные с ней, никому о завершении работы не говорил, и о предстоящей защите в Якутске знали только три человека - я, моя жена и ректор университета И.Г. Попов. Защита прошла очень успешно, поскольку оба консультанта и официальные оппоненты дали блестящие отзывы о работе. Я чувствовал себя уверенно, так как И.Л. Брегадзе в своём коротком отзыве (я даже вначале обиделся) написал, что в диссертации проанализирован самый большой в мире клинический материал, самый большой материал по хирургическому лечению альвеококкоза с отличными результатами. Лучше и написать невозможно было. На защите во время обсуждения выступил академик Д.Д. Яблков. Он вышел на трибуну с моей монографией в руках и сказал, что ещё во время учёбы в институте заметил студента Альперовича, но время было такое, что не могли его устроить в вузе. Отправили его на Крайний Север, и даже там он доказал, что при желании и определённых способностях везде можно делать большую науку. Дмитрий Дмитриевич продемонстрировал монографию и сказал, что именно так нужно защищать докторские диссертации. Совет проголосовал за меня единогласно.

После совета по традициям института устроил банкет в Доме учёных, куда пригласил всех своих однокашников,

оппонентов. К всеобщему удивлению, на банкет пришли два проректора Томского медицинского института - профессора А.С. Саратиков и Ю.Н. Штейнгардт (в те годы проректоры и ректор избегали таких мероприятий). Альберт Самойлович в своём выступлении поздравил меня с успешной защитой и пожелал скорее вернуться в родной институт. Дело в том, что накануне он от имени ректора предложил мне возглавить кафедру госпитальной хирургии педиатрического факультета. Я был поражён и ответил, что завтра защища, и ещё не знаю, как она пройдет, и, вообще, для меня это большая неожиданность. На это мне было сказано: «Если Вы на Крайнем Севере сумели написать такую серьёзную работу, то мы не сомневаемся, что с руководством кафедрой Вы справитесь». Для меня это было действительно большой неожиданностью. Даже в мечтах я никогда не мог себе представить, что меня пригласят на заведование кафедрой в родном институте - старейшем медицинском вузе Сибири и Дальнего Востока, на который я всегда смотрел как на храм науки.

Быстро оформив все необходимые документы, я и вылетел домой в Якутск. Надо сказать, что защита докторской диссертации по сравнению с кандидатской прошла для меня значительно менее волнительно. Видимо, сказался определённый опыт. Появилась уверенность в себе по причине высокой ценности клинического материала, большого количества публикаций, самого большого в мире опыта подобных вмешательств с хорошими результатами. Ведь основные положения работы к моменту защиты были доложены на хирургических конференциях и даже на всесоюзном съезде, где Б.В. Петровский предоставил мне возможность кратко выступить в прениях в Колонном зале Дома Союзов.

Вернулся домой в Якутск победителем. До утверждения работы не стал делать никаких банкетов. Но почти ежедневно приходили знакомые и друзья с поздравлениями, сопровождавшимися визитами. Учитывая, что на восьмой день после защиты я уже оперировал, нагрузка оказалась чрезмерной, и через месяц меня уложили с инфарктом на длительное время в постель. Тогда так лечили инфаркты.

После выздоровления нужно было решать, что дальше делать, где жить и работать.

Несмотря на комфортные условия, созданные мне после защиты докторской диссертации, предоставление

благоустроенной квартиры и разные награды, ряд моментов меня не устраивал, особенно это касалось здоровья. К тому же у меня развилась холодовая астма - на морозе (а в Якутске зима длится более полугода) возникал бронхоспазм, что меня весьма угнетало и мешало жить. Не видя перспективы для подрастающих дочерей, мы с женой решили, что 20 лет работы на Севере достаточно и нам следует сменить место жительства. Все эти годы не прошли даром. За время пребывания в Якутии я приобрёл большой научный багаж и был отмечен рядом правительственные наград, которые подтверждали, что работал, видимо, не плохо. Жена окончила университет и получила специальность врача. Материально мы не заработали почти ничего, так как высокие зарплаты уходили на многочисленные поездки, выполнение научной работы и ежегодные выезды на курорт. Это сохраняло здоровье на будущее. Но, к сожалению, только мне и детям.

У меня было уже три предложения о месте работы. Кроме родного института меня приглашали на заведование кафедрой в Барнаул и Петрозаводск. Мы выбрали Томск и не имели оснований для разочарований в нашем выборе.

Сообщив ректору Томского медицинского института И.В. Торопцеву о своём согласии переехать в Томск, я стал ждать результата.

В августе 1968 года после утверждения докторской степени и представления к профессорскому званию, отправившись на конференцию в Калининград, заехал на обратном пути в Томск. Когда пришёл к ректору, то в приёмной встретил доцента Е.М. Масюкову, жену своего учителя А.Г. Савиных. Она поинтересовалась, зачем я явился. И я откровенно сказал ей, что меня пригласили в медицинский институт на заведование кафедрой. Тогда этой кафедрой заведовала профессор Ангелина Гавриловна Серебрякова, ученица А.Г. Савиных. К сожалению, к тому времени она уже совершенно ослепла и, естественно, практически не могла работать. Но Елена Михайловна сообщила мне, что А.Г. Серебрякова хочет остаться ещё на год. Поскольку она была ученицей А.Г. Савиных, участвовала в операции моего отца, я не мог не считаться с её желанием (как я сейчас понимаю, мнимым!). Когда я

вошёл в кабинет ректора, Е.М. Масюкова также прошла в кабинет без приглашения. На вопрос И.В. Торопцева о том, готов ли я к переезду, ответил, что в настоящее время не могу переехать, поскольку ещё не получил профессорского звания и мне будет очень трудно материально. Тогда ректор спросил, твёрдо ли я решил переехать и не будет ли у меня препятствий в Якутске. Я ответил, что поскольку я беспартийный, то препятствий не будет. Я окончательно решил переехать в Томск.

Таким образом, переезд задержался на год. А ряд событий того периода достойны освещения.

Во время поездки в Калининград на пересадке в Москве занимал пост главного хирурга России и был членом президиума ВАКА. Окружённый группой профессоров-хирургов, Виктор Сергеевич, увидев меня, сказал: «А, профессор Альперович из Якутии! Здравствуйте!»

По возвращении в Якутск я получил открытку из ВАКА, где сообщалось, что утверждён в учёном звании профессора. На всё ушло 23 дня с момента получения документов в Москве, но я уже отложил переезд в Томск на год, и не по причине отсутствия профессорского звания.

Жизнь снова внесла свои корректировки в действительность. Профессор А.Г. Серебрякова вскоре после моего визита в Томск ушла на пенсию. Кафедра осталась без руководителя. Тогда академик И.В. Торопцев, который был очень умудренным жизнью человеком, назначил доцента Е.М. Масюкову временно исполнять обязанности заведующей кафедрой, которую мне предстояло возглавлять, и предупредил, что это моё место. Год кафедра работала без профессора, ждали моего приезда. Такое не забывается!

Предстоял переезд в Томск. Новая страница жизни, новая работа. Я достаточно осторожно относился к своему новому положению, несмотря на то, что уже два года заведовал кафедрой в Якутске, работал в высшем учебном заведении почти 12 лет. Читал лекции, вёл практические занятия и занимался наукой. Переезд и работа в одном из ведущих медицинских вузов страны для меня представлялись очень серьёзным испытанием.

Моё решение не являлось большим секретом для руководства республики и университета. Когда я пришёл за ха-

рактеристикой к ректору, он сообщил мне, что давно отправил соответствующий документ в Томск и ему всё известно (в ТМИ к тому времени уже был создан военный факультет, на котором вела занятия предложенная мне кафедра). Затем я был вызван к первому секретарю обкома партии. Дело в том, что один из моих учителей профессор В.С. Семёнов, проработавший в Якутии 23 года, дважды в порядке партийной дисциплины был возвращён в Якутск, несмотря на то, что ему предлагали работу в клинике Б.В. Петровского и он уже выходил там на работу. Подобные факты служили одним из мотивов того, что я не вступал в партию, хотя для карьеры это имело решающее значение. Во время беседы секретарь упрекнул меня, что я всё получил от Якутии и сейчас намерен уехать. Я ответил, что, действительно, много получил от Якутии, очень ценю это, но должником себя не считаю, поскольку отдал Якутии и её народу то, что является самым ценным для человека - молодость и здоровье. Больше меня не задерживали и, в отличие от многих моих коллег, включая профессора Семёнова, мне вслед не писали и не портили жизнь.

Предстояла дальняя дорога. Мы загрузили два контейнера и отправили их в Томск. В одном из них были наши домашние вещи, мебель, а во второй я погрузил большое количество макропрепаратов резецированной мной печени для музея, который собирал почти всё время работы.

В конце последнего рабочего дня в клинике меня срочно пригласили в операционную. Когда я пришёл, то увидел, что в операционной накрыты столы, за которыми в полном составе сидят все сотрудники хирургического отделения - врачи, сестры, санитарки. Это было праздничное застолье, которым был тронут до слёз, ведь рядом с этими людьми прошло 20 лет моей жизни.

Через несколько дней мы уезжали на пароходе в Усть-Кут по реке Лене, так как предполагали лето провести у родителей жены в Иркутской области. На пристани собралась большая толпа провожающих: друзья, знакомые и сотрудники. Капитан громко ругался в мегафон, потому что пароход накренился и нужно было исправить это положение. Наконец мы отчалили. Началась новая страница жизни.

