

«ВРАЧ – ЭТО ОБРАЗ ЖИЗНИ»

О КОЛЛЕГЕ

Доктор медицинских наук, профессор УГМА, заслуженный работник высшей школы РФ Юрий Петрович ЧУГАЕВ:

— О моем коллеге докторе Скорнякове могу говорить только в превосходных степенях. Сергей Николаевич — прекрасный врач и замечательный, поистине интеллигентный человек. Профессионал высокого класса. Я, как ученый, горжусь тем, что мы работаем с С.Н. Скорняковым в одной области медицины и делаем общее, очень нужное и важное для людей дело — участвуем в борьбе с самыми тяжелыми заболеваниями органов дыхания и воспитываем молодое поколение врачей.

— Сергей Николаевич, как вы пришли в свою специальность — фтизиопульмонологию?

— Два года работы по распределению в участковой поликлинике на севере области породили острое ощущение необходимости учиться далее, профессионально совершенствоваться, видел себя кардиологом... Все изменил случай — встреча с профессором А.В. Бедриным, директором в то время еще Свердловского НИИ туберкулеза. Клинической базой института был областной пульмоцентр — одна из лучших в стране торакально-хирургических клиник и в то время единственная, в которой диагностика, верификация и хирургическое лечение заболеваний легких, средостения и плевры осуществлялись «под одной крышей» — будь то рак, туберкулез, гнойно-деструктивное или иное неспецифическое заболевание. Четко организованная работа увлеченных своим делом блестящих ученых и клиницистов, уникальный клинический опыт, широкие возможности профессионального развития и, конечно, интеллект, профессионализм и харизма основателя и бессменного руководителя клиники, завкафедрой туберкулеза проф. М.Л. Шулуток сделали свое дело — я «заболел» фтизиопульмонологией. И я, как теперь всегда говорю, выходец из этой клиники и ее ученик.

— А учителя?

— Торакальный хирург и фтизиатр проф. Михаил Львович Шулуток, анестезиолог-реаниматолог проф. Борис Давидович Зислин, рентгенолог проф. Матвей Григорьевич Виннер, терапевт-пульмонолог кандидат медицинских наук Григорий Иосифович Мазур, патоморфолог доктор медицинских наук Татьяна Игоревна Казак... Здесь мне повезло. Медицина — дело коллективное, и вот такой интеллектуальный конгломерат высоких профессионалов определял не только

идеологию, статус и возможности клиники, но и будущее ее учеников, многие из которых ныне достигли немалых высот в самых различных отраслях медицины.

Идеи наших учителей намного опередили время — более чем 40-летние результаты работы центра делают очевидными преимущества междисциплинарного подхода при болезнях органов дыхания. Очевидно, например, что избыточная на диагностическом этапе дифференциация порождает синдром «хождения по врачам» — терапевт, пульмонолог, фтизиатр, онколог... Каждый честно выполняет свой стандарт обследования, исключает «свою» патологию и отправляет человека далее. Уходит бесценное время, дублируются технологии, растет недовольство медициной... В убытке все — и пациент, и здравоохранение. Однако только сейчас нормативно, приказом Минздрава России РФ, на фтизиатрическую службу возложена обязанность принимать на диагностику пациентов практически с любыми поражениями легких, средостения и плевры, этиология которых при первичном обследовании осталась неуточненной. Обсуждаются пути реорганизации противотуберкулезных диспансеров, «центров одной болезни», в систему центров диагностики и лечения болезней органов дыхания. Конечно, до практической реализации поставленных Министерством задач в масштабах всей нашей страны еще далеко — нужны соответствующая материальная база, новые технологии, а главное — кадры специалистов, способных эти задачи эффективно решать. И в этом направлении, подготовки специалистов высшей квалификации, центром накоплен уникальный опыт работы в качестве полидисциплинарной клинической базы, обеспечивающей комплексную подготовку специалистов практически по всем разделам респираторной медицины — фтизиатрии,



СКОРНИКОВ Сергей Николаевич.

Доктор медицинских наук. Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Уральской медицинской академии. Директор ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер» Свердловской области. Член рабочей группы по специальности «Фтизиатрия» Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России Российской Федерации. Главный внештатный специалист-фтизиатр министерства здравоохранения Свердловской области. Выпускник СГМИ 1980 года

пульмонологии, торакальной хирургии и ее анестезиологического обеспечения, интенсивной терапии болезней органов дыхания, бронхологии, лучевой и патоморфологической диагностики... А эффективность научной школы проф. М.Л. Шулуток и Б.Д. Зислина? Достаточно сказать, что количество выполненных на базе центра диссертаций более чем втрое превысило количество врачей клиники. Как я сейчас понимаю, залог успеха — в традициях тесной взаимосвязи клинической, научной и учебно-педагогической работы, частично, увы, утерянных. Будем восстанавливать.

Да, так об учителях. Я начинал в хирургическом отделении рядовым врачом, работал в операционной, ассистировал, осваивал методы неинвазивной диагностики. Я не стал ни хирургом, ни рентгенологом, но каждый из моих наставников дал мне понимание общей методологии и возможностей специальности, за что я им бесконечно благодарен. Моим бессменным учителем в науке был доктор медицинских наук Б.Д. Зислин — легендарная личность, блестящий клиницист и

патофизиолог, светлый и беззаветно преданный своему делу человек, чей вклад в становление и развитие анестезиологии и реаниматологии еще предстоит оценить. Но жизнь ставит новые задачи, пришлось изучать фтизиатрию, и вновь настоящие Учителя были рядом — профессор В.А. Соколов, директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии, профессор Ю.П. Чугаев, завкафедрой фтизиатрии, и многие мои коллеги, с кем мне ежедневно приходилось заниматься и лечебной, и организационной работой. В медицине всегда, всю жизнь надо учиться, несмотря ни на какие звания и опыт.

— *Сегодня вы — доктор медицинских наук, профессор, у вас высшие врачебные категории анестезиолога-реаниматолога, фтизиатра и организатора здравоохранения. И теперь вы — учитель, преподаете студентам и коллегам-врачам.*

— Да, на кафедре фтизиатрии и пульмонологии Уральского государственной медицинской академии читаю лекции, в основном врачам. Последипломное повышение квалификации — очень важный раздел работы. Под моим руководством защищены четыре кандидатские диссертации, еще столько же в процессе. Осуществляю подготовку интернов, выбравших нашу специальность, их тоже пока четверо.

— *Это мало?*

— Мало. Видимо, плохо агитируем. Надо суметь заинтересовать, показать перспективы, привлечь к профессиональной ориентации молодежь ярких, сложившихся специалистов, и за «кигами» потянутся. Большие резервы хранят в себе интернет-технологии — телемедицина, дистанционное образование. Однако есть объективные сложности. Фтизиатрия — базовая специальность, подготовка фтизиохирурга, к примеру, — три года обучения, невысокий уровень зарплаты — да, как у других, но профессиональная вредность вполне реальна, есть риск заразиться туберкулезом.

— *Туберкулез «жив и здоров»? Он вновь, в нашем XXI веке, стал проблемой? А ведь, помнится, еще во второй половине века прошлого громко объявляли, что он побежден раз и навсегда?*

— Были такие заявления. Но как раз на пике победных реляций Михаил Львович Шулуток опубликовал книгу «Туберкулез — поверженный, но не побежденный». Он, как профессионал, видел дальше текущего дня, реально оценивал еще только намечающиеся тенденции: туберкулез меняется. Представление о туберкулезе как исчезающей инфекции оказались ошибочными. Думали: все, победили, — и были свернуты противотуберкулезные программы, прекращены разработки новых противотуберкулезных препаратов: самому «молодому» из них более 50 лет. В России ситуацию заметили и усугубили экономические кризисы 90-х: любые социально-экономические

потрясения — снижение уровня жизни, рост безработицы, усиление миграции — негативно и существенно влияют на активность эпидемического процесса. А на рубеже тысячелетия даже и в благополучной Европе туберкулез «поднял голову». Причин тому две: все чаще наблюдаются порожденные бесконтрольным приемом противотуберкулезных препаратов лекарственно устойчивые формы заболевания, вплоть до тотально устойчивых к терапии, что фактически возвращает нас в доантибактериальную эру, и неуклонное распространение туберкулеза в обширной и восприимчивой среде ВИЧ-инфицированных. Последнее, к сожалению, для нашей области особенно актуально.

— *И что все-таки делать? Большие нужды средства?*

— Борьба с туберкулезом — мероприятие дорогостоящее, об этом свидетельствуют и отечественный опыт, и опыт стран, уже решивших эту проблему. Однако социально-экономический ущерб, наносимый обществу туберкулезом, столь велик, что инвестиции в программы борьбы с туберкулезом одновременно являются и наиболее экономически эффективными вложениями в систему общественного здравоохранения. И не только в экономике дело: иного пути нет. Один не выявленный или не излеченный больной ежегодно заражает туберкулезом до 10–20 человек из своего окружения, обрекая многих из них на длительную тяжелую болезнь, а общество — на столь же длительные и значительные расходы по их медицинскому и социальному обеспечению. Разорвать порочный круг эпидемического процесса можно, обеспечив эффективную работу хорошо известной нам цепочки «профилактика — выявление — диагностика — лечение — реабилитация». «Сбой» на любом звене в итоге неизбежно приводит к снижению результативности всей системы, и далеко не всегда в основе этого лежат финансовые трудности. Фтизиатрическая служба нуждается в совершенствовании, модернизации, качественном повышении эффективности использования имеющихся ресурсов, а они есть.

— *Вы сказали — развитие и модернизация. Можно поконкретнее, как говорится, «по пунктам»?*

— Конечно. Образование и просвещение — специалистов, медработников в целом, населения. Формирование фтизиатрической настороженности — туберкулез не экзотика, он где-то рядом, быть может, на расстоянии вытянутой руки. Своевременное выявление — адресная работа с группами медико-социального риска, теми, кто «в тени», — мигрантами, безработными, неорганизованным и нedisциплинированным населением. (А вы когда проходили флюорографию?) Качественная диагностика: ошибочный результат исследования приносит намного больше вреда, чем его отсутствие.

Персонифицированный учет движения пациента от момента установления диагноза до исхода, от ФАПа до высокотехнологичной клиники Уральского НИИ фтизиопульмонологии. Мониторинг (и это уже осуществляется) результатов основных противотуберкулезных мероприятий — выявления, диагностики, лечения. Внедрение телекоммуникационных технологий — online-обучение персонала, телеконсультирование пациентов. Реструктуризация коечного фонда: разделение потоков больных по степени эпидемической опасности и уровню медицинской помощи. Социальная поддержка приверженных к лечению, изоляция тех, кто лечится категорически не желает, — право большинства оставаться здоровыми выше права отдельных лиц делать, что они хотят.

И конечно, укрепление материальной базы. Должен с гордостью сказать, что правительство Свердловской области приняло решение о завершении строительства комплекса зданий областного противотуберкулезного диспансера и выделило для этого немалые средства. Надеюсь, что новый комплекс станет диспансером нового типа, объединяющим все современные технологии диагностики и лечения не только туберкулеза, но и других болезней легких.

— *Вы это говорите как врач или как директор диспансера, организатора здравоохранения?*

— Не разделяю. Я, конечно же, прежде всего врач. И дело мое — лечить. Но основой эффективности работы лечащего врача является хорошая организация самого лечебно-диагностического процесса. Свою задачу как организатора вижу в том, чтобы действовал принцип необходимости и достаточности. Чтобы было все, что нужно, — кадры, лекарства, оборудование. Но — не сверх того: ну зачем, например, на фельдшерско-акушерском пункте оборудование для бактериологических исследований, в туботделении ЦРБ — для эндобронхиальных вмешательств? Как минимум это неэффективно, как максимум — принесет вред. Обеспечить и доступность, и качество помощи для всех пациентов — моя цель, смысл моей работы.

— *Значит, работа занимает большую часть вашей жизни, вашего времени.*

— Да, как говорил Михаил Львович: «Врач — не профессия. Это образ жизни».

— *И неужели — ничего кроме?*

— Ну, почему уж так! Люблю читать, слушать музыку. Но только ту литературу и ту музыку, которые заставляют думать. Создают настроение, как хорошая картина... Люблю водить автомобиль, за рулем отдыхаю, ощущение свободы, драйва... Люблю редкие встречи с друзьями — походить по лесу, посидеть у реки. Побить с самим собой: остановиться, оглянуться...