

Людмила Захарова

За его спиной – портрет заслуженного врача РСФСР Еликаниды Егоровны Волосевич. На столе – справка о работе в военном госпитале, подписанная военным врачом Романом Безруковым, погибшим в декабре 2024 года в ходе СВО. Сегодня хирург Алексей Попов, прошедший путь от медбрата до главврача, признается, что знает диаметры всех канализационных труб больницы и мечтает впервые внедрить в Архангельске практику 3D-печати органов и тканей.

Мы спросили его, как городская больница держит уровень федеральных медучреждений и почему небольшой прокол сегодня решает все.

– Алексей Анатольевич, вы возглавили больницу в августе 2024-го. Это решение далось вам легко?

– Предложение возглавить больницу стало для меня неожиданным. Оно поступило от министерства здравоохранения Архангельской области. Я в этой больнице отработал 15 лет – с 2000 по 2015 год, начинал с медбрата. Тогда в первой хирургии работал мой учитель Александр Анатольевич Кузнецов, с которым мы уже 26 лет вместе. Он ушел со мной в 15-м году в областную больницу, где нам удалось выстроить на высоком уровне хирургию печени и поджелудочной железы, и со мной же вернулся обратно. Пожалуй, мое возвращение – это стремление вернуть долг больнице, которая меня воспитала.

Кстати, в 2000-х, когда я начинал работать медбратом в хирургии, в урологии начинал свой путь медбратом Максим Викторович Савельев. Кто бы нам сказал в те годы, что один из нас станет главным врачом, а второй главным урологом Архангельской области, мы бы посмеялись от души. Все наши мечты были сосредоточены в операционных.

– А почему вы выбрали именно хирургию?

– Конец 90-х, криминальные годы, случались так называемые криминальные разборки, когда конкурентов расстреливали из автоматов. Я в то время ходил бесплатно дежурить в больницу. Однажды меня срочно позвали в операционную – надо было зажать огнестрел. Я полминуты семью пальцами закрывал пулевые отверстия, чтобы пациент не истек кровью. Тогда я понял, что это моя работа! И вот я уже четверть века в хирургии.

Мы должны оставить после себя боееспособную больницу

Главный врач Первой городской больницы им. Е. Е. Волосевич Алексей Попов – о хирургии, технологиях и врачах, стоящих на плечах своих учителей

Алена
Воробьева

– А теперь вы...

– А теперь я завхоз (смеется). – Прим. ред.). Я знаю диаметры всех труб в больнице, особенно тех, которые рвались, знаю, как чистят канализационные колодцы. Мы проходим ежедневный хозяйственный квест, чтобы больница могла бесперебойно работать. И эти этапы обязательно надо пройти самому. Понимать, что, где и как работает. Все специалисты больницы работают фактически на пределе возможностей, оказывают экстренную помощь, поэтому к каждому надо найти подход. Администрация работает для врача и медсестры, создает им условия, чтобы они спасали жизни людей.

– Неужели не тянет в операционную?

– Если есть возможность, конечно, прихожу в операционную. Например, в конце июля у нас был забор органов у донора, приехала бригада из центра Шумакова. Я с удо-

вольствием поработал с ними вместе, руки вспоминают.

– Судя по справкам из военных госпиталей, которые лежат у вас на столе, руки вспоминают и во время поездок на переправу. Там большой объем работы для хирурга?

– Когда идут наступательные операции, то большой – в сутки поступает 100–110 раненых бойцов. В 97 процентах случаев это минно-взрывные травмы, осколочные ранения, когда в человеке может находиться до 30 осколков, отрывы конечностей, когда боец наступает на противопехотную мину. Первый раз, когда мы приехали волонтерами в 2023 году, нас спросили: куда вы хотите – поближе к линии фронта или подальше. Мы, естественно, сказали, что поближе – именно здесь нужны хирурги. Работали в пяти километрах от линии боевого соприкосновения. Спали урывками: ложились в 5 утра, вставали в

8 утра. В феврале 2024 года, когда наши уже брали Авдеевку, приехали второй раз, привезли необходимое оборудование, чтобы лучше проводить диагностику ранений. В апреле 2025 года снова побывали там. Справка из госпитала как раз подписана военным врачом Романом Безруковым, который погиб в декабре 2024 года в ходе СВО – в его машину попал дрон, когда он ехал выбирать место для нового госпиталя.

– Такие трагические случаи, наверно, навсегда остаются в памяти...

– Запоминаются случаи, когда страдают мирные. В феврале 2024 года, занимаясь транспортировкой раненых на следующий этап эвакуации, мы заехали в Донецк. В этот момент город начали обстреливать «градами». Один снаряд попал на остановку, где находились мирные жители. Пострадала женщина из Южно-Сахалинска. Она прилетела к своему мужу на два дня в Донецк. Не дошла до него несколько метров. Ранения серьезные, мы ее зажгutowали, отвезли в госпиталь. Ее муж, штурмовик, за полгода работы – ни царапины, а у нее полностью ампутация двух ног. В таких ситуациях ты понимаешь, что ты там, где должен быть как хирург, как волонтер, как просто неравнодушный человек.

– Когда первый раз поехали в зону СВО, какая была мотивация?

– Мы прочитали, что в октябре 23-го года, когда штурмовали Авдеевку, врач-травматолог, заведующий отделением Донецкого госпиталя, погиб, простояв непрерывно 72 часа за операционным столом. Тогда стало понятно, что надо ехать, чтобы дать им возможность выспаться. Плюс мы в такие поездки возим гуманитарный груз – вместе с движением «Ангелы фронта». Например, весной 2025 года передали на СВО три машины.

Сотрудники нашей больницы активно участвуют в сборе помощи, тем более что есть семьи, в которых мужчины находятся в зоне СВО. А недавно наш врач-анестезиолог уехал, чтобы возглавить военный госпиталь. До этого он отслужил полтора года, уйдя добровольцем в октябре 2022 года.

– Не обидно терять такие кадры?

– Не скрою, анестезиология и реанимация для нас – это самый напряженный участок. Но 1 сентября к нам пришли шесть анестезиологов-реаниматологов – выпускников СГМУ. Еще три пришли за последний летний месяц. Приходят терапевты, пульмонологи, кардиологи. Кадровая работа идет, формируется команда, которая может решать любые задачи. И мы видим результаты. Например, к нам в отдел качества пришла Яна Юрьевна Ильина. Благодаря ее работе удалось уменьшить штрафы с 20,5 млн рублей за полгода до 2,5 млн рублей – то есть в 8 раз. Это просто приход одного человека, изменение логики в узком секторе – и такие колоссальные результаты.

– Такие же результаты вы ждете в лечебной части?

– Больница всегда развивалась как многопрофильное медицинское учреждение. Но прежде всего она заточена на оказание экстренной медицинской помощи. Я много где поработал и могу сказать, что по реализации концепции оказания экстренной помощи Первая городская – одна из лучших.

У нас одно из самых мощных на Северо-Западе кардиохирургических отделений – как по спектру операций, так и по их количеству. Сформировано оно было в 1993 году благодаря видению Еликаниды Егоровны Волосевич, у которой горизонт планирования был на 20–25 лет вперед. Именно она создала кардиохирургию, и в принципе в таком мощном составе она функционирует уже 30 лет.

Кстати

ОКАЗАНИЕ
ВЫСОКОТЕХНО-
ЛОГИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ про-
водится в рамках
национального
проекта «Продол-
жительная и ак-
тивная жизнь».



«Роза Донбасса» – кованый цветок из гильз и осколков войны

В тему

В ПРОШЛОМ ГОДУ ПОСЛЕ КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА открылось для оказания экстренной медицинской помощи приемное отделение Первой городской клинической больницы имени Е. Е. Волосевич. Обновить его удалось благодаря поддержке Министерства РФ по развитию Дальнего Востока и Арктики. Архангельская область, как арктический регион, получила единую субсидию в размере 115 млн рублей, благодаря чему удалось провести реконструкцию отделения с применением современных подходов.

У нас сильная ангиорентгенхирургия под руководством Виталия Владимировича Зобова. Они выполняют через проколы уникальные операции. Недавно запротезировали аорту — самый крупный сосуд у нас в организме. Через маленький прокол в бедре поставили стент, и теперь пациенту не угрожает разрыв аорты. Несколько недель назад пациенту, который страдает пороком сердца, они же поставили искусственный клапан через прокол в сердце.

Региональный сосудистый центр, который возглавляет Виталий Александрович Саскин, прошел большой путь по интенсификации работы с инсультами. Сегодня они спасают пациентов, которых раньше вылечить было невозможно. Для этого используются самые современные технологии. Например, могут удалить тромбы из головного мозга с помощью эндоваскулярных методик — через прокол в сосуд. Плюс реабилитация дает хорошие результаты. Пациентов часто привозят в очень тяжелом состоянии — они не могут говорить, сами дышать, есть и пить. Через два месяца они приходят своими ногами и благодарят врачей. Только легкая задержка речи может выдавать, что у человека была какая-то большая сосудистая катастрофа.

Единственный в регионе урологический центр, который работает по принципу одного окна, единственное в области гастроэнтерологическое отделение, терапевтическая служба, единственная на Северо-Западе трансплантационная программа. Мы движемся дальше в том, чтобы наполнить все эти службы техникой, оборудованием, кадрами, чтобы была достойная зарплата.

— Планируете ли вы адаптировать программу реабилитации, в том числе с учетом пациентов после СВО?

— Да, мы оказываем реабилитацию пациентам после СВО, и это требует изменения концепции реабилитационного отделения. Нам уже удалось выстроить непрерывный процесс. Так, ранняя реабилитация начинается у нас фактически сразу же после операции — уже в отделении

реанимации. Потом специалисты работают с пациентом в палате, затем процесс продолжается уже в нашем отделении на Гайдара.

— В больнице оказывают помощь пациентам не только из Архангельска и области, но и из других регионов?

— Да, в прошлом году мы приняли 300 человек из соседних регионов, в этом году мы хотим увеличить это количество. Тесная взаимосвязь у нас с Ненецким автономным округом, например.

— А есть технологии, которые вы хотите привести в больницу?

— У нас двое докторов обучаются в Уфе на 3D-печать органов и тканей. То есть можно печатать на 3D-принтере из собственных клеток пациента сначала простые вещи. Это кости, сухожилия. Потом будут печататься мышцы, потом — органы: печень, почки и так далее. И в будущем, я думаю, что проблема донорства и трансплантологии будет решена именно за счет этой технологии. Это кажется сейчас фантастикой, но на самом деле это все очень близко. Современные технологии развиваются очень быстро. Разве еще лет пять назад кто-то мог себе представить, что искусственный интеллект будет помогать в диагностике, а большинство операций будут выполняться через небольшой прокол. Кто-то мог предположить, что сегодня врачи в 25 лет будут уже самостоятельно выполнять сложнейшие операции. А они их делают! Например, если раньше к лапароскопической хирургии врачи шли 10–20 лет, постоянно нарабатывая опыт, то сегодня эти операции начинает делать молодежь буквально через год работы. В свое время врач-легенда архангельской хирургии Виктор Павлович Рехачев говорил: «Каждый ученик стоит на плечах своего учителя». Современные врачи движутся намного быстрее нас. И наша задача — дать им возможность развиваться. Поэтому что придет смена поколений, она придет очень быстро, мгновенно. И мы должны после себя оставить боеспособную больницу.

Пациент уже выписан домой

Хирурги Архангельской областной клинической больницы с помощью эндоскопического оборудования выполнили редкую операцию на двенадцатиперстной кишке



Помощь потребовалась 68-летнему жителю Плесецкого округа, который поступил в местную ЦРБ с признаками механической желтухи. Медики провели обследование и направили пациента в Архангельскую областную больницу с подозрением на опухоль, которая мешала нормальному оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку.

Дополнительное обследование показало, что отток желчи нарушен из-за камней в протоках, а новообразование представляет собой трехсантиметровый полип, что нехарактерно для этой локализации.

По словам врачей, двенадцатиперстная кишка сложна для проведения оперативных вмешательств из-за анатомических особенностей: она находится в забрюшинном пространстве, стенки ее очень тонкие, а по соседству находятся крупные сосуды. Еще одна проблема — агрессивная среда, именно сюда из желудка поступает кислота.

— При обычном удалении опухоли был риск сквозного повреждения органа, также внушительные размеры полипа указывали на наличие крупных сосудов, — пояснил заведующий эндоскопическим отделением АОКБ, главный внештатный эндоскопист минздрава Архангельской области Анатолий Махавкин.

Чтобы избежать осложнений, команда врачей решила применить технологию, которая обычно используется при операциях на толстой кишке. При этом сначала установили стент для оттока желчи, чтобы избежать жизнеугрожающих состояний.

— Удалив полип, мы вернулись к первоначальной проблеме, с которой к нам поступил пациент, — извлекли камни из протоков, — рассказал Анатолий Махавкин.

Операция прошла успешно, пациент уже выписан домой.

Напомним, что оказание высокотехнологичной медицинской помощи проводится в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Снизить риск инсульта

Архангельские врачи оценили эффективность хирургического лечения сразу двух заболеваний сердца

Фибрилляция предсердий — одна из наиболее распространенных тахикардий: она встречается у 50-60% пациентов с заболеваниями клапанов сердца и ишемической болезнью сердца, направляемых на хирургическое лечение.

В сочетании со структурной патологией сердца фибрилляция предсердий приводит к снижению качества жизни, увеличению риска летальности, инсульта, деменции и прогрессированию сердечной недостаточности. В связи с этим вопрос одновременного проведения хирургического лечения фибрилляции и патологии приобретает сейчас особую актуальность.

В Первой городской больнице имени Е. Е. Волосевич врачи-кардиохирурги провели исследование, чтобы оценить непосредственные результаты одновременного лечения двух заболеваний сердца.

В исследование мы включили 149 пациентов, перенесших одномоментную коррекцию клапанных и коронарных поражений. Пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от типа вмешательства: аортокоронарное шунтирование, мининвазивное коронарное шунтирование, вмешательство на митральном клапане и операции на аортальном клапане. Все они проводились одновременно с радиочастотной аблацией, используемой для устранения фибрилляции, — рассказывает врач сердечно-сосудистый хирург Борис Афонин.

Он подчеркнул, что хирурги не всегда берутся за проведение одномоментных вмешательств в связи с опасениями о существенном увеличении продолжительности времени операции, риском имплантации постоянного электрокардиостимулятора, повышения летальности.

В ходе исследования мы доказали, что при наличии необходимого опыта у врача и готовности сердечно-сосудистого центра к таким операциям время вмешательства увеличивается незначительно — примерно на 30 минут. При этом летальность не возросла, серьезные осложнения не возникали, а при проведении мининвазивных операций — свобода от фибрилляции достигала 100%, а летальности и осложнений и вовсе не возникало, — отметил Борис Афонин.

Преимущества одновременного хирургического лечения двух заболеваний сердца, по словам врача, очевидны: снижение отдаленных рисков инсульта, степени и скорости ремоделирования миокарда, улучшение качества жизни.

Напомним, что борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями — одна из задач национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

