

### Геннадий Викторович Ратобильский

**З**ав. сектором лучевой диагностики НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Г.В. Ратобильский подготовил к изданию свою книгу: «Мой мир – медицина и не только», где автор, проработавший несколько десятков лет в практическом здравоохранении, подробно останавливается на пути развития традиционной рентгенологии – базовой специальности нынешней лучевой диагностики за последние 40 лет.

Об отдельных этапах этого пути (успешных и не очень), где ему самому довелось быть не только свидетелем, но и активным участником, делится с читателями наш коллега, врач-рентгенолог Геннадий Викторович Ратобильский.

*«Ничто так не характеризует действительность, как реальность»*

#### Трудное время «безвременья 90-х» или подмосковное Фрязино – рентгенологам России.

Вспоминая постперестроечные 90-е – время безденежья, бурного кооперативного движения (в том числе и в медицине), бандитизма и воровства, причём по-крупному, невольно задумываешься – а что же это была за перестройка, породившая смутные 90-е. За прошедшие более чем 20 лет с начала преобразования советского общества страна так и не нашла исторического пути, адекватно своему самосознанию, не построила ни национальной модели экономики, ни национальной модели демократии. А была ли эта перестройка? Если бы Горбачёв действительно хотел перестройки, то он бы её проводил, но он вёл страну к тому моменту, чтобы вместо «больше социализма» сдать социализм вообще. Октябрь 1917-го разрушил российскую империю, перестройка разрушила Советский Союз. Мы смотрели на Горбачёва и думали: наконец-то пришёл молодой энергичный руководитель. Ни у кого мысли не было, что это начало конца – начало капитализма, вместе с которым не станет страны. Доклад Горбачёва к 70-летию советской власти в 1987 году назывался «Октябрь и перестройка: революция продолжается». Ни о каком капитализме он не говорил, и все восприняли, что это курс на улучшение жизни.

Реформировать социализм в СССР было необходимо. Как? Видимо путём хорошо продуманного, неспешного ввода элементов рынка, но уж никак не за счёт потери социальных достижений. Китай тому подтверждение. Его компартия уже 36 лет успешно строит экономику, сочетающую план и рынок. Вот где реальная перестройка идёт своим чередом. У нас правда давно нет такого Дэн Сяопина, а у них был. Они укоряют

Мао за 30% допущенных ошибок, а мы Сталина – за всё. Сингапурский Сталин Ли Куан Ю больше полувека конструировал совершенно новое для Азии и всего современного мира «государство будущего» – Сингапур. Правда Сталин был коммунистом, а господин Ю рыночником.

...Да при социализме не только колбасы, много чего не было... Не было кстати и 100 семей, владеющих 30% богатства нашей страны, машин у людей было гораздо меньше – это правда. Но при этом они не гибли в бандитских разборках, наркоманы не дохли тысячами и братские народы не били друг другу морды на улицах. Спутники запускали в космос, заводы новые строили, книжки читали! И кино смотрели хорошее. А в 90-е развалили страну, потеряли треть территории, ополовинили население и всё это – за кусок колбасы? Лучше бы колбасу нормальную выпустили – это гораздо полезнее, чем государство рушить.

По пути социализма идёт Швеция. А почему у нас социализм не получается? Читать карла Маркса надо. По его прогнозам революция должна была произойти либо в Германии, либо во Франции, либо в Англии – наиболее развитых тогда странах.

У нас же это дело немного ускорили. И потом Иосифу Виссарионовичу пришлось долго работать, иногда не совсем политкорректными методами, чтобы ликвидировать историческое отставание. Шутка ли – принять страну с сохой, а оставить её с атомной бомбой. Но то, что выбранный путь в 1917 г. был правильным, для меня не подлежит сомнению...

...В 90-е электронное Фрязино (Московская область) тоже оказалось в тяжёлом положении: некогда известные, с немереным финансированием такие научно-производственные объединения как «Исток», «Платан», «Циклон» и другие в одночасье свели свою деятельность к нулю. Новое руководство страны в тот момент укрепление ракетно-ядерного щита Родины на земле, в небесах и под водой перестало интересоваться, а соответственно прекратилось и финансирование. Много тогда руководителей отделов и отделений предприятий города появилось в моём кабинете Фрязинской ЦГБ с разного рода предложениями что-то разработать для медицины.

Почему в моём? Да потому что я больше всех в 70-е, начало 80-х ходил по предприятиям города с предложениями улучшить диагностические возможности рентгеновского оборудования за счёт новых электронных разработок. Понимание я встречал не везде. А теперь вспомнили. Очень этим руководителям хотелось сохранить свои коллективы, зарплату и «отсасывать» из медицины также, как они это делали с ВПК.

Я всех внимательно выслушал, а потом сказал: «Уважаемые, всё, что вы собираетесь разрабатывать, уже давно разработали и выпускают такие фирмы как «Siemens», «Philips», «General Electric», «Toshiba» и другие. Речь сегодня может идти только «об отремонтировать» и «об сделать» то, что разработано, но сделать дешевле, чем за рубежом и относительно качественно (соотношение цена-качество должно быть соблюдено). Получать же за разработку уже разработанного в медицине, также как с ВПК, не получится. От того вы так хорошо жили в своё время, что мы жили хуже. Медицина и образование всегда финансировались по остаточному принципу – соответственно больших денег здесь не будет».

Многие покинули мой кабинет обиженными, разочарованными, не менее разочарованным был и я. Очередная моя статья в «Медицинской газете» с оптимистичным названием «Делать было нечего – надо было жить» прозвучала как глас, вопиющего в пустыне. Состояние с медицинской техникой в те годы напоминало состояние тётки из старого анекдота, которую зять убивать не стал, а отпустил с десятого этажа на свободу.

К большому сожалению писал я тогда, сейчас, что не возьми – всё проблема – негатоскопы, химреактивы, пластмассовые наконечники для барьерной клизмы, резиновые груши... Может быть кто-то из коллег сможет организовать в своём регионе выпуск системы для двойного контрастирования толстой кишки, основным элементом которой является обычная трёхлитровая банка со специальной крышечкой... Кричал, можно сказать, на всю Россию, а где услышали? Правильно, у себя дома, во Фрязино.

Не все тогда ушли из моего кабинета разочарованными. Например, молодые сотрудники «Циклона» – выпускники московских вузов (Российского химико-технологического института им. Д.И. Менделеева и Московского физико-технического института) М.М. Губин и М.В. Гуцин остались и спросили: «А что сегодня надо делать для улучшения качества рентгенодиагностики в стране?»

– Да начать хотя бы с рентгеноконтрастного средства для исследования пищеварительного тракта – ответил я. – На протяжении 100 лет оно так и не было освоено отечественной промышленностью, и процитировал выступление тогдашнего президента Российской ассоциации радиологов профессора П.В. Власова на одном из прошедших

Конгрессов радиологов России: «Неблагополучно обстоит дело с контрастными веществами для рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта. Поставляемый аптечным управлением фармакопейный сульфат бария, выпускаемый заводом в г. Менделеевске, является полуфабрикатом и не удовлетворяет медико-техническим требованиям. Простая водно-бариевая взвесь, без улучшения её физико-химических свойств, даёт плохое контрастирование пищеварительного тракта, что снижает разрешающую способность рентгенологического исследования и не обеспечивает раннюю диагностику заболеваний. По этой причине запоздалая диагностика опухолей желудочно-кишечного тракта составляет 90%, а пятилетняя выживаемость таких больных не превышает 5%».

Ребята прониклись, несколько раз присутствовали во время рентгенологического исследования желудка и толстой кишки в условиях двойного контрастирования (контрастирование бариевой взвесью сочетается с воздушным) и убедились в недостатках фармакопейного сульфата бария.

Двойное контрастирование играет главную роль в рентгенологическом исследовании пищеварительного тракта, поскольку направлено на получение чёткой картины внутренней поверхности слизистой при расслаблении её тонуса.

Бариевая взвесь, которая перед исследованием просто смешивалась с водой, быстро расслаивалась, содержала крупные агрегаты частиц. Не лучшим образом обстояло дело с газообразующей смесью и пеногасителем, набором химреактивов для обработки рентгеновской плёнки. В кратчайший срок в подмосковном Фрязино была создана фирма «ВИПС-МЕД», а разработанный ей отечественный рентгеноконтрастный препарат, на основе сульфата бария «Бар-ВИПС» идентичен «Микропак Н.Д.Ораль» и «Микропак Колон», выпускаемых австрийской фирмой «Nicholas». Кроме концентрации, высокой оптической плотности, дисперсности, хорошей адгезивности, отсутствия флоккуляции в широких значениях кислотности желудочного содержимого, низкой вязкости и хороших органолептических свойств рентгеноконтрастного средства, к сухому веществу (240 г в пакете) добавлен пеногаситель, а газообразующая смесь прилагается отдельно.

Для двойного контрастирования толстой кишки используется тот же препарат, но без газообразующей смеси.

Кто сам месил комковатый сульфат бария в фарфоровой ступке пестиком, добавляя к нему карбоксиметилцеллюлозу, а затем долго бегал в поисках шипучей смеси и пеногасителя, по достоинству оценил решённую фрязинцами проблему промышленного изготовления специального сульфата бария.

Предложенная бариевая взвесь позволяет изучать тонкие структуры слизистой, как при классическом исследовании макро- и микрорельефа слизистой, так и в условиях двойного контрастирования (Рис. 1,2).

Приготовление такой взвеси осуществляется непосредственно перед исследованием путём механического (ручного) смешивания сухого содержимого пакета (сернокислый барий, цитрат натрия, сорбит, полидиметилсилоксан, поливиниловый спирт) с 60 мл кипячёной воды (до сливкообразной консистенции). Количество воды и порошка может уменьшаться или увеличиваться в зависимости от цели исследования. Экономический эффект от использования такого отечественного препарата сульфата бария состоит ещё и в том, что отпала необходимость включать в проекты рентгеновских каби-

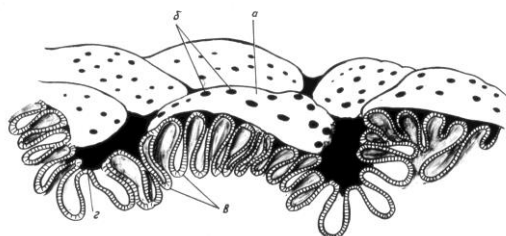


Схема тонкого рельефа слизистой желудка  
 а - *area gastricae*; б - *foveolae gastricae*; в - желудочные железы; г - слой бариевой взвеси между ареолами

Рис. 1.

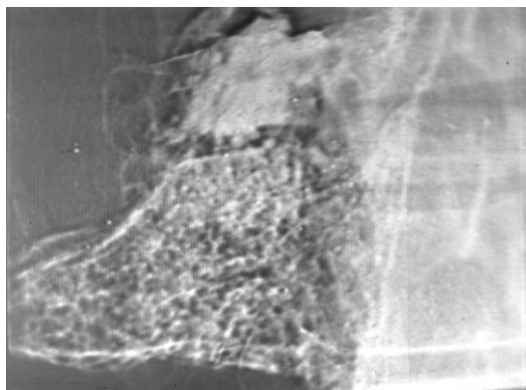


Рис. 2.

Рис. 1. Схема строения тонких структур слизистой желудка.

Рис. 2. Микрорельеф слизистой желудка в рентгеновском изображении.

нетов специальные комнаты, так называемые бариевые кухни, где санитарка сначала молотком разбивала спрессованный полуфабрикат сульфата бария из Менделеевска, затем этот барий складывался в кастрюлю, заливался водой, долго варился на электроплите, после чего размешивался с помощью миксера «Воронеж». А в конечном итоге, получалась густая масса, которой хорошо окна замазывать, а не исследовать желудочно-кишечный тракт.

Впервые за более чем вековую историю медицинской рентгенологии в нашей стране появилась готовая лекарственная форма на основе сульфата бария. На примере основных онкологических заболеваний рака желудка и толстой кишки, чётко отражаются сегодняшние проблемы в онкологии.

Несмотря на более чем тридцатилетний срок перехода всех приоритетов в диагностике рака желудка и толстой кишки к эндоскопии, в его раннем выявлении не произошло каких-то серьёзных положительных сдвигов. Упор на эндоскопическое выявление этой патологии практически ликвидировал возможность применения в этих целях всех современных методов рентгенологии. Да и сами рентгенологи, в своём большинстве, в силу объективных и субъективных причин самоустраились от собственного метода исследования.

Основная же причина стабильно низкой диагностики раннего рака желудка и толстой кишки, с моей точки зрения, заключается в том, что наиболее частым анатомическим вариантом этого рака остаётся внутривисцеральная инфильтративно распространяющаяся опухоль, нередко протекающая с минимальными изменениями на поверхности слизистой.

Использование БАР-ВИПСа при рентгенологических исследованиях, как правило, позволяло диагностировать любые патологические изменения глотки, пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки. Этому в немалой степени способствовали: высокая плотность контрастного вещества, низкая вязкость, качественная визуализация тонких структур слизистой. Анатомически точная картина поражений желудка, гомогенное тонкое распределение контрастного средства по слизистой, опти-

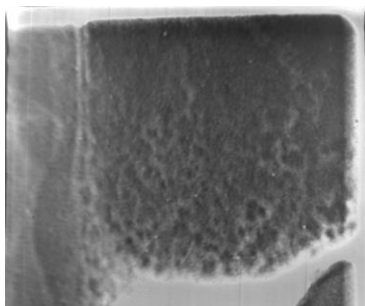


Рис. 3.а.

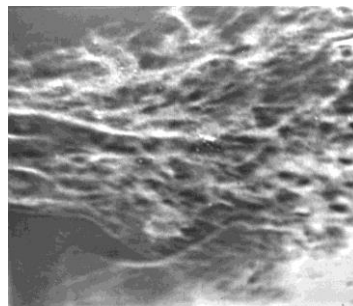


Рис. 3.б.

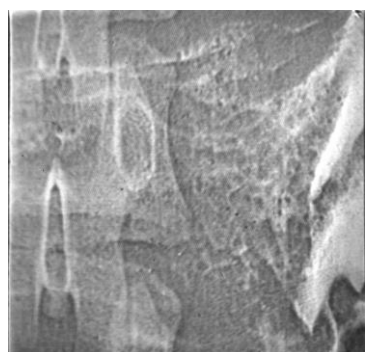


Рис. 3.в.

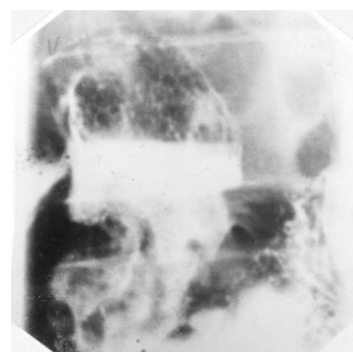
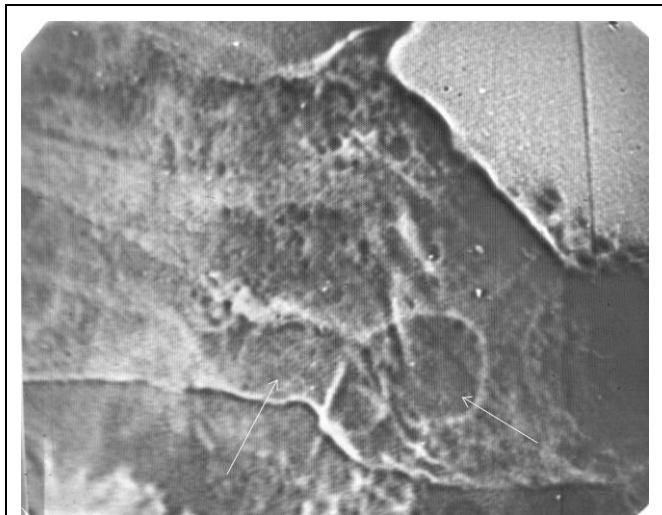


Рис. 3.г.

**Рис. 3. Рентгенологическая картина тонких структур слизистой при различных формах гастрита и дуоденита:**

- а) поверхностный гастрит (ширина ареола 3-4мм);
- б) глубокий гастрит (ширина ареола 5-6мм);
- в) атрофический гастрит (неравномерное увеличение желудочных полей до 6-7мм)
- г) микрорельеф слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки



**Рис. 4. Полиповидные изменения слизистой большой кривизны желудка**

мальная толщина слоя бариевой взвеси, чёткая картина контуров, отсутствие коагуляции, побочных явлений и непереносимости позволяли диагностировать различные формы гастрита, дуоденита, полипов и рак желудка на ранних стадиях (Рис. 3,4).

В целях усиления информативности обычных рентгенограмм желудочно-кишечного тракта применялся метод телевизионного анализа рентгеновского изображения на установке «Телеван», разработанного нами совместно с представителями НПО «Исток» в 1978 г. (Рис. 5)

Конец 70-х прошлого века знаменателен тем, что в 1978 г. нынешний академик РАН С.К. Терновой, а тогда ещё молодой кандидат наук, первым подошёл к первому в нашей стране шаговому компьютерному то-

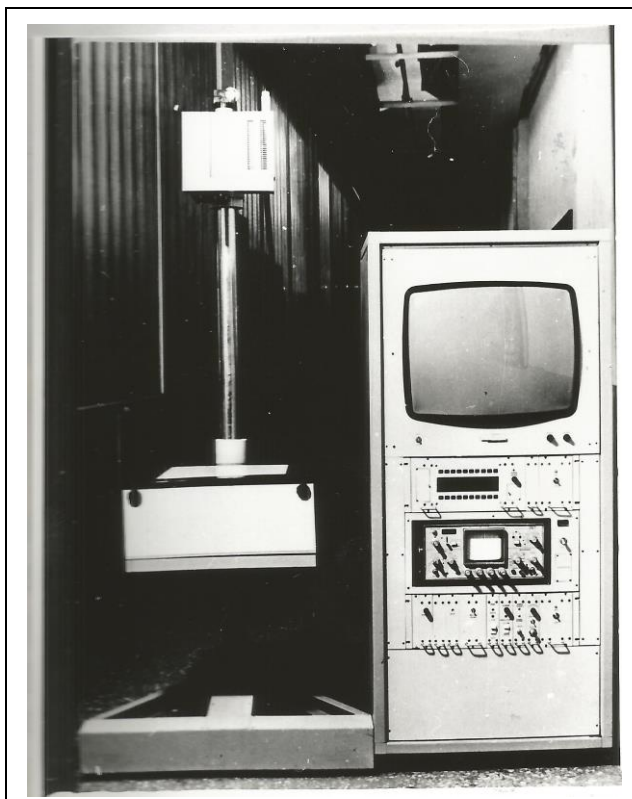
мографу (рентгенодиагностический отдел 4-го главного управления МЗ СССР) и начал проводить исследования органов и систем, используя самый современный, принципиально новый метод исследования. Первые УЗ-аппараты с линейными датчиками и нечёткой визуализацией только-только начинали появляться в известных мед.центрах, НИИ и крупных больницах. А практические рентгенологи общей лечебной сети того времени старались различными способами получить дополнительную информацию из традиционных рентгенограмм.

С помощью «Телевана» была найдена возможность путём согласования частотно-контрастных характеристик рентгенограмм телевизионного канала получить новую информацию о распределении плотностей в деталях малых размеров и увеличивать изображение после обработки на ЭВМ, как в цвете, так и в чёрно-белых полутонах. Последний момент очень важен при анализе рентгенограмм тонких структур слизистой желудочно-кишечного тракта, когда на обычных рентгенограммах порог чёрно-белых полутонов плохо различим (рис. ба), а при исследовании на анализаторе методом амплитудного рельефа (гармонизация изображения) удаётся получить дополнительную информацию о состоянии рельефа слизистой, максимально соответствующего его анатомической структуре (рис. бб).

Мелкодисперсная бариевая взвесь при исследовании желудочно-кишечного тракта в условиях двойного контрастирования позволяла выявлять эндифитные опухолевые образования стенок желудка на ранних стадиях.

«БАР-ВИПС» также хорошо зарекомендовал себя при первичном двойном контрастировании воспалительных и опухолевых заболеваний толстой кишки, методика которого принципиально отличается от дополнительного раздувания кишки после её опорожнения. (Рис. 8, 9).

В этой связи, кроме специального рентгеноконтрастного средства, нельзя не отметить и аппарат для ирригоскопии толстой кишки (модифицированный аппарат Боброва), серийный выпуск которого также осуществ



**Рис. 5. Телевизионный анализатор рентгенограмм «Телеван»**



Рис. 6,а.

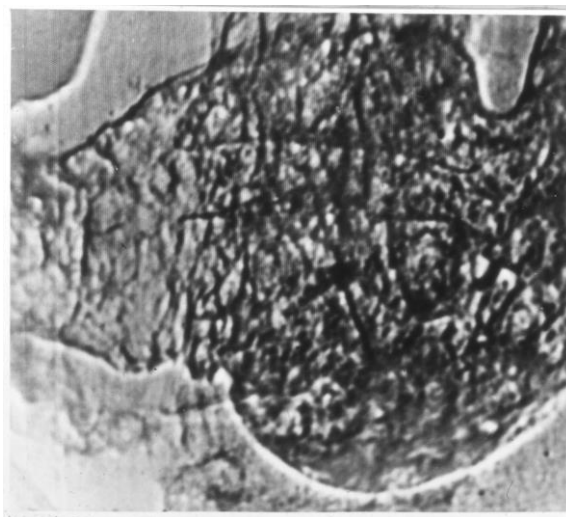


Рис. 6,б.

**Рис. 6,а.** Тонкий рельеф слизистой выходного отдела желудка в рентгеновском изображении

**Рис. 6,б.** Та же рентгенограмма после её обработки на ЭВМ методом амплитудного рельефа – восстановленный и увеличенный объём внутренней поверхности слизистой, близкой к её анатомической структуре

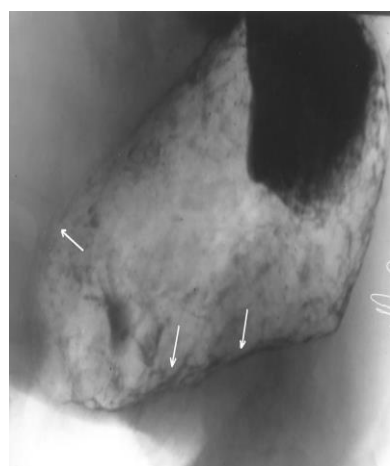


Рис. 7,а.



Рис. 7,б.



Рис. 7,в.

**Рис. 7. Эндофитные формы рака желудка.**

а) рак выходного отдела желудка с наибольшей локализацией в области большой кривизны при традиционном рентгенологическом исследовании в условиях двойного контрастирования (стрелка);

б) МСКТ органов брюшной полости (двойное контрастирование желудка) того же больного – утолщение стенок выходного отдела желудка (стрелки);

в) в другом случае - рентгенологическая картина подслизистого образования в проекции задней стенки в/3 тела желудка (участок изменённого рельефа, где складки слизистой и их структура чётко не прослеживаются - стрелка); при гастроскопии того же больного участок слизистой в\3 тела по задней стенке выбухает в просвет желудка; слизистая в этой области рыхлая, тусклая, при биопсии обильно кровоточит (эндоскопическая картина характерна для подслизистой опухоли задней стенки в\3 тела желудка).

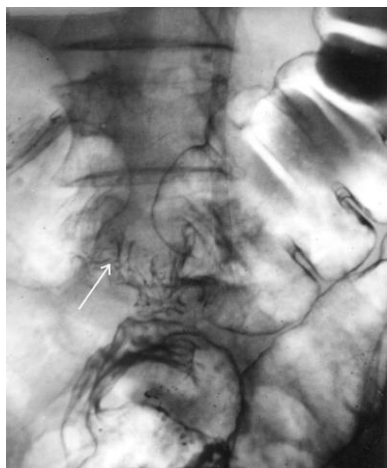


Рис. 8.

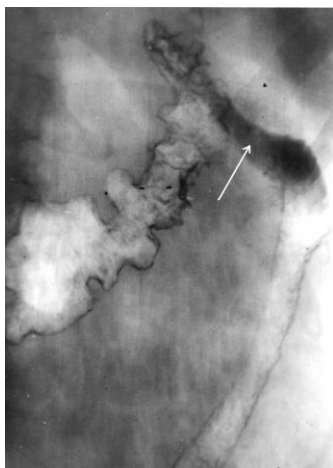


Рис. 9.а.

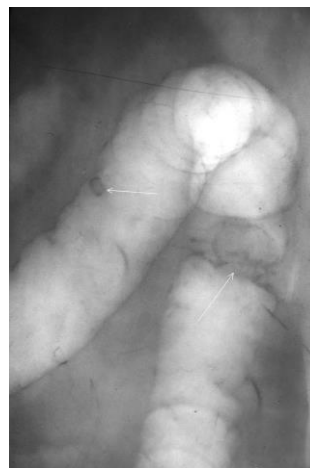


Рис. 9.б.

**Рис. 8.** Циркулярное сужение просвета ободочной кишки вследствие эндофитного новообразования; практически неизменённая слизистая суженного участка кишки чётко визуализируется (стрелка);

**Рис. 9.** Новообразования селезёночного изгиба толстой кишки.



Рис. 10.а.

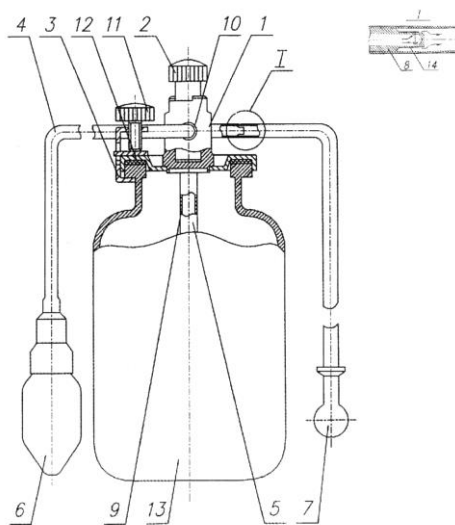


Рис. 10.б.

**Рис. 10.**

а) общий вид устройства для ирригоскопии толстой кишки, основным элементом которого является специальная конструкция крышки из нержавеющей стали и обычная трёхлитровая банка;

б) схема устройства модифицированного аппарата Боброва.

1 – Фланец, 2 – Пробка, 3 - Скобка, 4 – Трубка, 5 – Трубка силиконовая ПВХ, 6 – Груша резиновая, 7 – одноразовое устройство для ирригоскопии, 8 – штуцер выходной, 9,10 - Винт 12 – прокладка резиновая, 13 – банка стеклянная (в комплект поставки не входит), 14 – Кольцо обратного клапана.

ляет фирма «ВИПС-МЕД». (Рис. 10).

В своё время, для удобства работы, эту модификацию аппарата для исследования толстой кишки мне пришлось осуществить «на коленке» самому в двух экземплярах – один для рентгеновских кабинетов поликлиники, другой – для стационара. Основным преимуществом этого устройства является простота конструкции, удобство в работе, возможность замены ёмкости для рентгеноконтрастного вещества на обычные банки – 3, 2, 1 л. Гомогенность слоя контрастного вещества по всей зоне слизистой оболочки толстой кишки даёт оптимальную толщину его с адекватным поглощением рентгеновских лучей. Хорошая визуализация мельчайших изменений способствует ранней диагностике полипов и рака толстой кишки. Замечу также, что ещё одной немалой проблемой были и химреактивы для ручной обработки рентгеновской плёнки (проявитель, фиксаж, восстановитель проявителя) – всегда в дефиците и неважного качества. Монополистом по производству химреактивов было казанское производственное объединение «Тасма», диктовавшее всем свои условия.

Коллеги дали высокую оценку не только отечественному рентгеноконтрастному препарату и набору химреактивов для обработки рентгеновской плёнки «РЕНМЕД-В», обеспечивающих скорость и хорошее качество обработки различных видов отечественной и импортной плёнки, но и безотказным (по сути «вечным») аппаратам для ирригоскопии толстой кишки, выпускаемым фирмой «ВИПС-МЕД» из подмосковного Фрязино.

С особой силой я ощутил наш вклад в общее дело рентгенологов страны, когда на одном из радиологических форумов в середине 90-х годов прошлого века главный рентгенолог страны, профессор П.В. Власов (ушёл из жизни 6 августа 2011 г.) неожиданно публично поблагодарил меня за очень нужную и воплощённую в жизнь инициативу. Собравшиеся же на форуме рентгенологи поддержали Павла Васильевича теми ещё бурными и продолжительными аплодисментами.

Вот так решая проблему для себя, мы смогли решить её для всей страны, да и бюджет города Фрязино, за счёт предприятия «ВИПС-МЕД» пополнился. Спрос на продукцию большой, опять же немало квалифицированных специалистов города трудоустроено, достойная зарплата, никто не думает увольняться и искать лучшей доли в столице. Результаты нашего исследования были опубликованы в журнале «Вестник рентгенологии и радиологии» № 5, 1997 г. «Исследование желудочно-кишечного тракта с использованием отечественного рентгеноконтрастного средства на основе сульфата бария «БАР-ВИПС». Г.В. Ратобильский, А.А. Калужский, МОНИКИ и Фрязинского городского территориальное медицинское объединение Московской области.

Дальнейшее динамичное поступательное развитие предприятия подмосковного наукограда, которое уже располагает собственными конструкторскими бюро, химико-аналитической лабораторией, большими производственными мощностями и кадровым потенциалом, даёт возможность разрабатывать и охватывать новые направления. В ближайшее время будет выведен на рынок внутривенный безионный рентгеноконтрастный препарат (аналог норвежского препарата «омнипак») «йогексол». Этот препарат входит в число 56 особо важных медикаментов, которые в настоящее время закупаются только за рубежом. Их производство необходимо освоить и в России.

Большой интерес представляет и другое перспективное направление фирмы – производство чистых комнат и операционных модулей для больничных комплексов.

Ещё одним, не менее важным вкладом, сделанным нами во Фрязино в конце 80-х, начале 90-х годов прошлого века, эта организация медицинского электронного центра (МЭЦ) «Корфис» по ремонту и наладке современного рентгеновского оборудования. Группа врачей и инженеров (Г.В. Ратобильский, К.К. Фимушкин, С.Н. Извольский и С.В. Смирнов) на базе Фрязинской ЦГБ создали этот центр.

Не секрет, что рентгеновская аппаратура всегда являлась одной из самых дорогих и решение о приобретении новой техники или модернизации старой должно быть взвешенным и обоснованным.

Научно-производственные объединения и медики Фрязина в трудное время всегда работали в тесном творческом содружестве, а одним из главных направлений медицинского электронного центра, созданного на базе практического здравоохранения города, являлась активная помощь лечебным учреждениям в решении любых вопросов, связанных с рентгенодиагностическим оборудованием, контрастными средствами, рентгеновскими принадлежностями и средствами защиты.

Наши заказчики дали высокую оценку работе фрязинских инженеров. Особо отметив, что улучшение диагностических возможностей рентгентехники (после тщательного объективного анализа её состояния нашими специалистами) обошлось им значительно дешевле, чем приобретение новой аппаратуры с последующим монтажом и



наладкой.

Со временем (спустя 15 лет после создания Центра) традиционная рентгенография заменялась цифровой, и здесь МЭЦ «Корфис» шёл в ногу со временем. Осуществлялась реконструкция рентгеновских кабинетов – от проекта до ввода в эксплуатацию, модернизация и обновление отечественных и импортных рентгеновских комплексов, включая ангиографические.

Ввод и компьютерная обработка рентгеновского и других видов медицинского изображения (УЗИ, МРТ, тепловидение) с возможным доступом к информации в клинических отделениях, компьютерная рабочая станция цифровой обработки целевым назначением для ангиографии и эндоваскулярных вмешательств.

Услугами МЭЦ «Корфис» воспользовались такие известные медицинские учреждения России как Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Объединённая больница управления мэрии г. Москвы, Ростовский государственный медицинский университет и др. Сайт в Интернете: [www.korfis.ru](http://www.korfis.ru). За прошедшие непростые годы МЭЦ «Корфис» вырос. Приобрели немалый опыт и сотрудники центра, что позволило значительно расширить свою деятельность не только в области рентгенодиагностики, но и в создании рабочих станций (автоматизированное рабочее место врача-диагноста) для регистрации, обработки, архивирования различных видов медицинского изображения (традиционная рентгенодиагностика, ангиография, КТ, МРТ, УЗИ и др.). Рабочие станции, поставляемые фирмой «Корфис» в содружестве с программистами МГУ им. М.В. Ломоносова, оснащены русифицированным программным обеспечением. Они являются той основой, на базе которой можно развивать общебольничные компьютерные сети для более широкой визуализации медицинского изображения (передача информации из истории болезни и электронное архивирование).

Но это всё было потом. А в те трудные, первые годы 90-х – медицинский электронный центр довольствовался малым – ремонтировали уже бывшие в употреблении аппараты, поскольку на новые – у главных врачей не было денег. А начинал эту трудную, но очень нужную работу бессменный директор центра – выпускник Рязанского радиотехнического института Константин Константинович Фимушкин, пришедший во Фрязинскую больницу из ВПК. Трудолюбивый, инициативный, интересующийся всем новым в нашей специальности.

Под стать ему были и другие два инженера наукограда Фрязино, с которых начинался «Корфис» – это Станислав Николаевич Извольский и Сергей Валерьевич Смирнов. Моя работа в центре заключалась в координации его деятельности, определении приоритетных направлений вплоть до научных разработок. Первые деньги МЭЦ «Корфис» заработал при замене устаревших рентгенотелевизионных систем на современные в крупных больницах Московской области – Дмитрова, Щёлкова, Шатуры и других. Силами центра был осуществлён ремонт и наладка рентгеновского оборудования в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, в Московской клинической больнице № 50, столичных поликлиниках № 80 и № 104, потом уже все виды ремонта рентгеновских аппаратов и телевизионных систем (отечественного и импортного производства) осуществлялись в Ярославле, Липецке, Брянске, Новгороде, Самаре и других городах России («МГ» 26.04.1996 г. «Подмосковное Фрязино- рентгенологам России).

Без ложной скромности замечу, что в очень непростые 90-е прошлого века медики и инженеры электронного Фрязина, работая в тесном контакте, по крайней мере, в области рентгенодиагностической техники оказали существенную помощь рентгенологам России.

Моя статья «Делать было нечего, надо жить» (МГ 28.04.1992 г.), где я вспоминал тещу из анекдота, «отпущенную» зятем с 10 этажа на свободу, заканчивалась словами: «не знаю, вышла ли из пике та теща. По законам физики с использованием всех степеней свободы, должна бы. Попробуем и мы».

Попробовали. И результат оказался весьма успешным. Ведь общий уровень отечественного рентгеновского оборудования по техническим характеристикам традиционно отставал от развитых стран, отличаясь при этом весьма узкой номенклатурой, охватывающей лишь аппаратуру и принадлежности общего назначения. На низком уровне в большинстве регионов оставалось техническое обслуживание дорогостоящей рентгеновской аппаратуры импортного производства. Тем не менее, даже в самом резком ухудшении положения дел в рентгенодиагностике один положительный момент всё-таки имело место – поскольку хуже было уже некуда, должно было наступить постепенное улучшение.

В те самые 90-е среди отечественных фирм я знал лишь три, какие предлагали свои услуги по ремонту, модернизации и техническому обслуживанию дорогостоящей

рентгеновской аппаратуры: «АМИКО» (на базе отделения рентгеновской техники ВНИИМТ), СПЕКТР-АП (на базе НИИ интраскопии) и медицинский электронный центр «КОРФИС» из подмосковного Фрязино.

...На дворе уже XXI век, времена опять не самые лёгкие. Тем не менее, власть и население должны осознать, что качественная медицинская помощь стоит очень дорого. А министерство здравоохранения России должно в большей мере прислушиваться к мнению общественных профессиональных организаций, выполнять их рекомендации, придать им директивный характер. Отнюдь не случайно в развитых экономически странах расточительствуют и затрачивают на охрану здоровья от 7 до 13% бюджета. Они бы рады тратить меньше (например 3% как у нас), но не хотят опускать уровень оказания мед.помощи и науки до той черты, до которой дошли мы. Ну, а опять выбираться нам из своей ямы придётся, по всей видимости, долго и, преимущественно, своими силами.

Трудное время достаётся практически каждому поколению, выпало оно и на долю наших дедов и отцов и, тем не менее, внёсших неоценимый вклад в развитие традиционной рентгенологии за 100-летний период со дня открытия рентгеновских лучей: С.П. Григорьев и М.И. Немёнов, С.А. Рейнберг и Г.А. Зедгенидзе, И.Л. Тагер и Ю.Н. Соколов, К.В. Помельцов и И.Г. Лагунова, Е.А. Кевеш и Л.Д. Линденбратен, И.Х. Рабкин и Л.М. Портной. Можно ещё долго перечислять известных и знаменитых, а также рядовых армии целителей – практических врачей-рентгенологов, обделённых званиями и наградами, но преданных своей специальности и не относящих себя к потерянному поколению. Воистину среди «потерянного поколения» есть и не потерявшиеся.

*«Заслуженной награде кто не рад –  
Свидетельству, что век недаром прожит?  
Всё так, друзья. Но подлинный, быть может,  
Избранник века – тот, кто без наград.*

*Кто если надо, встанет в общий ряд  
И на соседа груз не переложит,  
Кому, однако, бард хвалы не сложит,  
Кого не приглашают на парад,*

*Кто раз, по слухам, был в каком-то списке,  
Но выпал по ошибке машинистки  
И так остался – вне систем и схем,  
Не обцелован, не перетолкован,  
Не окольцован, не проштемплёван  
И не приватизирован никем!»*

Илья Фоняков

У меня как и у большинства рядовых врачей моего поколения нет никаких правительственных наград, кроме грамот администрации лечебных учреждений к Дню медицинского работника.

В своё время я иногда задумывался, как надо трудиться, чтобы страна наградила тебя, например, орденом Трудового Красного знамени, но критериев для награждения этим орденом – не нашёл. Уже и ордена такого давно нет, а мне всё хочется. Так и не узнал, кто и за что получал эту награду кроме администрации (с этими всё ясно, пришла разнарядка на больницу – себе и вешают), со временем всё-таки понял, что в нашей стране важны не звания и награды, а ИМЯ.

Так своё имя я «сделал» не тем, что активно содействовал впервые за 100 лет начать выпуск отечественной промышленностью готовой лекарственной формы специального сульфата бария для первичного двойного контрастирования желудочно-кишечного тракта. Хотя многие главные специалисты регионов РФ при малейших переборах с поставкой бария – сразу звонят мне. Не тем, что усовершенствовал аппарат Боброва для исследования толстой кишки. Лишь врождённая скромность не позволила мне запатентовать свой прибор как аппарат Боброва-Ратобылского. Вот почему он называется модифицированным аппаратом Боброва. Тем не менее, многие практические врачи-рентгенологи продолжают меня спрашивать: «Где можно купить твою банку?». И не тем, что создал медицинский электронный центр на базе практического здравоохранения. А совершенно случайно и неожиданно.

Со времён работы после окончания института в Новоторъяльской Центральной

районной больнице Марийской АССР был у меня, как нынче говорят, один приколы. Когда молодые и не очень молодые медсёстры звонили в рентгеновский кабинет и спрашивали «Это Рентген?» я отвечал: «Милые, девушки, Великий Вильгельм Конрад Рентген умер 10 февраля 1923 г. от рака толстой кишки. Это Ратобыльский, что вы хотели?».

На другом конце провода – минутное замешательство, а потом девичий голос, обращённый совсем не ко мне, произносил: «Ой, девчонки, это не рентген, это мужик какой-то», и трубку бросали на рычаг. Удовольствие от своей шутки я получал колоссальное, но имела она и воспитательное значение. Некоторое время спустя, никто уже не спрашивал Рентгена, а лишь уточняли – это рентгеновский кабинет?

Впоследствии эта хохма на «ура» проходила во всех лечебных учреждениях, где мне доводилось работать. Имела она место и в НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Дошла она и до директора института академика М.И. Перельмана. Михаил Израйлевич оценил её по достоинству. И вот тогда, когда уже практически все медсёстры знали, чем Рентген отличается от рентгеновского кабинета, мне позвонил доцент с кафедры фтизиопульмонологии нашего университета и задал мне потрясающий вопрос: «Это Рентген?». До сих пор доцентов я ещё не «срезал». После того как Михаил Георгиевич Бирон узнал, когда не стало В.К. Рентгена, а на другом конце провода был Ратобыльский – никакого замешательства со стороны кафедрального работника не было. Он тут же спросил: «Геннадий Викторович, а Вы сейчас занимаетесь цифровой рентгенографией?».

– Да, – ответил я.

– Насколько мне известно, во времена В.К.Рентгена цифровой рентгенографии не было?

– Ваши сведения весьма точные, «цифра» в практической рентгенологии появилась где-то с середины 70-х прошлого века.

– Надеюсь, появилась она при Вашем непосредственном участии, – продолжил «доставать» своими вопросами доцент.

– Конечно, я тоже вносил свою лепту, начинал уже работать над докторской.

– Тогда могу я Вас попросить сделать в двух проекциях (прямой и правой боковой) «ратобылографию» органов грудной полости одному больному человеку с подозрением на правостороннюю пневмонию?

Пришло время замолчать на другом конце провода уже мне. Как говорить и на старуху бывает проруха.

Замечу лишь, что первая «ратобылография» была выполнена в декабре 1999 г. в стенах НИИФП Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и была приурочена к 75летию директора института академика М.И. Перельмана. Михаил Израйлевич дал высокую оценку этому методу, он оказывается стал известен в ЦКБ Управления делами президента, где М.И. Перельман долгие годы работал, о нём узнали рентгенологи Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, а мой хороший приятель профессор из Российского национального исследовательского мед.университета им. Н.И. Пирогова профессор А.А. Юдин, читая лекции врачам-рентгенологам со всей России на курсах повышения квалификации, обязательно вспомнит одного известного в узких кругах профессора и расскажет всё, что ему известно о таком методе, как «ратобылография».

...И пойдёт имя по всей Руси Великой, а вместе с ним и слава. Так нужен ли мне теперь этот орден Трудового Красного знамени. Воистину в России важнее всего не награды и звания, а ИМЯ.

Ну а если серьёзно, то в нашей многострадальной стране истинная знаковость представителя любой профессии не в его званиях и степенях, а в тех добрых делах, которые он успевает сделать за свою жизнь. С тех пор, как с географической карты мира исчез Советский Союз, прошло более 20 лет и мир, в котором люди жили 70 лет оказался идеологически и экономически расколот. За то, что случилось, никто так и не ответил. Замечу лишь, что не было такого времени, когда бы мне всё нравилось. Я человек наблюдательный и сомневающийся. Диссидентом никогда не был, но вопросов к существующей власти и ко всем властям вообще было у меня немало. Так мне неясно, почему Минздрав России всеми силами, не считаясь с потерями, продавливают различные поправки в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Один только «План-график» реализации структурных преобразований сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы в части высвобождения имущества чего стоит. В документе указано, что в отношении 10 из 26 сокращаемых мед. учреждений показатели эффективности касаются лишь доходности койки, забыв при этом, что медицина – в большей степени область затратная, а не доходная.

От «перестроек, реформ и оптимизаций» революционеров разных мастей конца 80-х и начала 90-х годов, мы, как народ, отстали от самих себя 25-летней давности и

перспектив выхода из этой ситуации пока не видно. Если бы ещё идиотов в мире было поменьше, а то ведь их тоже много, не мало в высоких креслах сидят и активности им не занимать.

Не получается у меня закончить своё повествование на оптимистической ноте. Ибо, всё, на что надеялся в жизни, привело к разочарованию. Может быть, надежда и умирает последней, но, с другой стороны, в конце жизненного пути всё чаще убеждаешься, что надежда – это отложенное разочарование и жизнь довольно часто эту истину подтверждает.

По-моему, разочарование сегодня бродит не только в моей душе, но и по России тоже.

«По ком звонит колокол» – спрашивал великий американский писатель и гуманист Хемингуэй. По нам он звонит, по России, по нашим детям и внукам, по терпеливому российскому народу и усечённому государству.

***Г.В. Ратобильский***