

Понятия «врач» и «доброта» – синонимы

Одних только компетенций для излечения больного недостаточно

Какие чувства испытывает хирург во время операции, в чём секрет хирургического робота, есть ли разница между медициной российской и зарубежной, может ли здравоохранение быть бесплатным – об этом в интервью «ЛГ» рассказал главный хирург Минздрава России, директор Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В. Вишневского, академик РАН Амиран Рвишвили.

О профессии врача

– Обычно медицина, как и искусство, – занятие династичное. В вашей семье, Амиран Шотаевич, докторов не было: мама – учитель, отец – инженер. И тем не менее вы выбрали именно этот род занятий. Почему?

– В медицину меня привело желание мамы и папы видеть меня врачом, хотя в школе я очень серьёзно интересовался математикой и физикой, участвовал во всех олимпиадах. Биология тоже входила в список любимых предметов, но мой интерес был в большей степени прикован к изучению животного мира, а не человеческой природы.

– Я знаю, что подростком вы были одним из самых известных охотников за ядовитыми змеями в тех местах, где жила ваша семья, в Грузии. Причём вы их не истребляли, а изучали. Извините, если раскрываю секрет. Наверное, для многих людей, даже давно знакомых с вами, это будет абсолютно неожиданным открытием: солидный человек, врач и учёный с мировым именем – и вдруг столь необычное увлечение в юности. Но не оно ли предопределило ваше будущее и позволило добиться таких серьёзных успехов в медицине? Ведь охота на змей требует большого мужества, решительности, быстрых реакций, концентрации внимания и точности движений – всего того, что необходимо хирургу. Или я ошибаюсь?

– Не ошибаетесь. Всё так и было. Родители решили, что склад моего характера плюс пытливый ум, плюс это необычное увлечение – предпосылки для того, чтобы мне пойти после школы в медицинский институт.

Когда встал вопрос, где именно поступать – в Тбилиси или в Москве, – отец меня предупредил: «Учти, у нас нет никаких знакомств, есть только твой знания». Я поехал в Москву, сдал документы в Первый медицинский институт, поступил и учился на «отлично».



Амиран Рвишвили: «Когда сердце «включается» и начинает биться, это непередаваемо!»

– Но почему из множества врачебных специальностей вы предпочли именно кардиохирургию?

– С кардиохирургией нас свела судьба, иначе не скажешь. Первоначально меня привлекала урология. Нашими преподавателями в институте были отец и сын Пытели – Антон Яковлевич и Юрий Антонович, известные советские учёные, выдающиеся урологи, яркие личности. Своими фантастическими лекциями они увлекли не только меня, а многих студентов. Но «роман с урологией» не сложился по весьма прозаической по тем временам причине. Когда я окончил институт, мне, как ленинскому стипендиату, предложили поступить в аспирантуру, однако выбор мест был ограничен: либо радиология, либо кардиохирургия. Ни одного места в аспирантуре по урологии не было.

Радиологию я отринул сразу. Учиться в аспирантуре по кардиохирургии предстояло в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А.И. Бакулева, причём у знаменитого Владимира Ивановича Бураковского, но даже это меня не вдохновило.

Самое интересное было дальше. Когда я в первый раз пришёл к Бураковскому, как вы думаете, о чём я начал с ним говорить? О том, каким образом мне с его помощью попасть в аспирантуру к академику Николаю Алексеевичу Лопаткину, всемирно известному урологу. Бураков-

ский был потрясён моей дерзкой просьбой.

– Не обиделся?

– К счастью, нет. Это был удивительный, великодушный человек. Он позвонил академику Лопаткину и договорился о нашей встрече с ним. И я пошёл на эту встречу. Мы поговорили с Николаем Алексеевичем десять минут и расстались. Мои иллюзии развеялись окончательно, никакой возможности попасть к нему в аспирантуру у меня не было. Я вернулся к Владимиру Ивановичу, который в утешение мне сказал: «Поверь, лучше кардиохирургии ничего нет». И это оказалось правдой.

Итак, меня принимают в аспирантуру в Бакулевский центр, я попадаю в отделение к Лео Антоновичу Бокерии, тогда ещё не академику, но уже известному учёному и хирургу. Под его научным руководством я начал заниматься аритмологией, и мы сделали первые в нашей стране шаги по развитию интервенционной и хирургической аритмологии.

Затем мне предложили заняться абсолютно новым направлением в советской медицинской науке – хирургическим лечением фибрилляции предсердий. Мне этот сегмент аритмологии очень понравился, тем более что за рубежом на тот момент практиковали несколько методик диагностики и лечения нарушений ритма сердца, которых ещё не было в СССР.

Хотелось догнать зарубежных коллег. Конечно, было немного страшно окунуться в абсолютно новое для советской науки и медицины направление, но в итоге я выбрал именно его.

В начале 1980-х годов мы начали проводить электрофизиологические исследования сердца, вот где мне пригодилось отличное знание физики. Тогда же впервые в Советском Союзе мы начали выполнять операции на открытом сердце пациентам с нарушениями ритма сердца. А ещё через десять лет – новое достижение, стали делать катетерные операции при аритмиях, и в Бакулевском центре было создано первое в стране отделение хирургического лечения нарушенного ритма сердца.

– Хирург, работавший на открытом сердце, увлёкся катетерными технологиями?

– После катетерных процедур пациент через день-два уходит из больницы домой, и это огромный плюс. Ощущение фантастическое: человек попал в клинику совершенно больной, а на следующий день после операции ты видишь его бодро шагающим по коридору отделения.

Но открытая кардиохирургия была, есть и будет ещё долго в нашем арсенале, хотя мы и стремимся к малотравматичности операций. Поэтому у меня на одной неделе могут быть и открытые операции на сердце, и катетерные аритмологические процедуры. Так я и остался на двух берегах этой большой реки – кардиохирургии, – постоянно, в течение уже многих-многих лет переходя с одного края моста на другой.

Сегодня не могу даже сказать, какая из областей мне ближе – открытая кардиохирургия или аритмология. Потому что в аритмологии, как я уже сказал, восхищает результат, который ты видишь прямо во время процедуры, когда у пациента на твоих глазах восстанавливается ритм. И конечно, абсолютные супервпечатления получаешь от операции на остановленном сердце. Она тебя затягивает на три-четыре часа, ты полностью отключаешься от внешнего мира. А когда по завершении работы хирурга сердце «включается» и начинает биться, это просто непередаваемо!

– Вы почти два года провели на стажировках в ведущих кардиохирургических клиниках США, много раз бывали в европейских медицинских центрах. Одним словом, видели всё своими глазами. Правда ли, что есть космическая разница в формате отношений врача с пациентом? Если мы приучены к тому, что доктор будет лечить не только лекарствами, но и добрым словом, подолгу беседовать

с пациентом, то за рубежом больные к такой роскоши не приучены. Там регламент взаимодействия врача с пациентом строго ограничен выполнением врачебной манипуляции.

– Вы сейчас сказали абсолютную правду. Так и есть. Наша национальная традиция – это беседа врача с пациентом. Первое, что должен сделать врач, – вызвать доверие больного. Это хорошая традиция, я считаю, что её нужно сохранять. В любой ситуации, даже если ты очень устал, потому что у тебя сегодня было две-три операции, ты еле стоишь на ногах, но вечером перед тем, как уйти из клиники, ты должен зайти к пациенту, которого будешь оперировать завтра или которого оперировал сегодня, поинтересоваться его самочувствием, побеседовать. Он этого ждёт. И обманывать это ожидание ни в коем случае нельзя.

На Западе – иначе. Система коротких визитов: минута-две, больше не положено, остальное вам расскажет медсестра или менеджер.

– Может быть, зарубежная медицина так формирует общение врача с пациентами для того, чтобы доктор в случае неудачи не испытывал излишних эмоциональных переживаний, а родственники пациента не предъявляли претензии, что врач не оправдал их надежд, хотя настраивал на благополучный исход?

– Не исключено. Но что касается надежд, ни один врач не может гарантировать пациенту 100% успешный результат лечения. Особенно когда речь идёт о хирургии. Не потому что он заведомо плохо оперирует, а потому что в хирургии не всё зависит от мастерства врача. Бывает, что болезнь оказывается сильнее. В жизни каждого хирурга случаются такие ситуации, когда ты можешь сутки простоять у операционного стола, пытаешься спасти пациента, но в конце концов так ничего и не получается. И это абсолютно разрушительная для врача история. Обостряются все недуги, возникает гипертония – так сильно ты переживаешь это несчастье. Ведь они все тебе как близкие люди, потерять пациента – то же самое, что потерять близкого человека.

– Но это, к сожалению, неизбежно. Тем более в хирургии. Поэтому человек, который идёт в эту профессию, наверное, должен быть готов к тому, что ему придётся не только побеждать, но и проигрывать.

– Не согласен. К этому подготовиться невозможно. Я, например, имея почти сорок лет врачебной практики, не могу к этому привыкнуть.

О российском здравоохранении

– Многие считают, что лучшие врачи и клиники – на Западе, потому что именно туда чаще всего едут лечиться бизнесмены, звёзды эстрады, спортсмены. А как на самом деле: сопоставим ли уровень российской медицины с уровнем медицины в других странах?

– Это представление возникло из-за незнания наших сограждан о достижениях российской медицины. К сожалению, мы мало рассказываем о позитивных переменах в отрасли, о выдающихся российских врачах, о лучших клиниках.

Сегодня мировая медицина – это, безусловно, интернациональная сфера знаний и опыта. Достижения здесь складываются из успехов не какой-то одной страны, а разных стран и разных специалистов, в том числе российских. Именно в современной медицине созданы и используются самые высокие технологии, какие только можно представить. Я считаю, что они даже выше, чем космические технологии. И это правильно, потому что речь идёт о жизни человека.

Кстати, немногие знают, что такое чудо современной медицины, как роботизированные хирургические установки, изначально создавались учёными именно для космической отрасли. Предполагалось, что в случае необходимости можно будет прямо на борту космической станции выполнить экстренную операцию космонавту, управляя хирургическим роботом с Земли. А затем кто-то очень мудрый решил адаптировать эту идею для гражданского сектора здравоохранения. Сначала никто не верил в успех, а теперь тысячи хирургических роботов используются в разных странах мира, включая Россию.

Теперь вернёмся к вашему вопросу о сравнении российской и зарубежной медицины. Мы всегда считали своим огромным достижением и основным преимуществом бесплатную медицину. Когда-то, во времена относительно «простой» медицины, Советское государство могло позволить себе полностью финансировать эту отрасль. Сегодня объективно уровень технологий настолько высок, что ни одному государству в мире не хватит денег, чтобы всегда своих граждан обеспечивать высококачественной и высокоэффективной медицинской помощью за счёт казны. Неслучайно и за рубежом, и в нашей стране набирает обороты частный сектор здравоохранения. Система добровольного медицинского страхования, которая очень развита на Западе и в США, у нас со временем тоже станет нормой, это просто неизбежно.

В то же время российское государство по-прежнему остаётся социально ориентированным: в прошлом году почти миллион квот на высокотехнологичное лечение было выделено и оплачено из госбюджета. Так называемая система ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи. – Авт.) началась в 2006 году

со ста тысяч квот на всю страну, а теперь почти миллион наших сограждан бесплатно получили за год суперсовременное и очень дорогостоящее лечение в лучших клиниках России. Речь идёт о таких медицинских технологиях, которые среднестатистический житель нашей страны из своего кармана пока оплатить не может. Разве это не преимущество отечественной системы здравоохранения?

В плане медицинских технологий мы ни в чём не отстаём от остального мира, поверьте. Другое дело – у нас масштабы иные, вопрос доступности современных медицинских технологий жителям любого региона, любой глубинки – вот что актуально.

– Он, по-вашему, решается?

– Да, и уже многое сделано. Для того чтобы помощь была оказана вовремя и на должном уровне, в стране организована трёхуровневая система медицинской помощи по возрастающей степени сложности проводимого здесь лечения: муниципальные учреждения здравоохранения, межрайонные медицинские центры, региональные клиники. А в минувшем году появился и четвёртый уровень – национальные медицинские исследовательские центры, их создано 22 на всю страну. Институт хирургии имени Вишневого тоже попадает в эту элитную двадцатку.

Теперь это, согласно приказу Минздрава от 13 февраля, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневого». Перед нами поставлена задача – довести хирургию до одинаково высокого уровня во всех субъектах РФ, для чего мы должны обучать специалистов, внедрять и контролировать применение современных методик.

– За последние десять лет в кардиологию и кардиохирургию были сделаны крупные бюджетные вливания, построены крупные центры сердечно-сосудистой хирургии. Оправдываются ли эти вложения?

– Безусловно. Я помню, когда обсуждали саму идею строительства таких центров в регионах, где кардиохирургии вообще не было, было много скепсиса: а где возьмём столько специалистов? Но ведь решили эту задачу. Кроме семи центров сердечно-сосудистой хирургии, во всех регионах создали сосудистые центры, где проводят экстренные эндоваскулярные операции при инфаркте и инсульте. За короткое время пациента с инфарктом довозят до сосудистого центра и моментально ставят стент, восстанавливая кровоснабжение сердца. Раньше, когда сосудистых центров не было, смертность от инфаркта у нас в стране была просто запредельной. Теперь в каждом из этих центров выполняют по несколько тысяч операций на сердце и сосудах ежегодно.

Но говорить, что проблема полностью решена, пока рано. В России сегодня делают более тысячи стентирований на миллион населения, а целевая цифра – три тысячи, к этому нам надо стремиться. Операций аортоко-



Именно сюда, в Национальный медицинский центр хирургии имени Вишневого обращаются пациенты, когда нужна помощь высочайшей сложности

ронарного шунтирования нужно выполнять тысячу на миллион населения, мы пока делаем в три раза меньше, здесь тоже есть куда развиваться. Хотя, если говорить в целом, сердечно-сосудистая хирургия оказалась в привилегированном положении, эта область медицины укрупнена и технологически, и в кадровом отношении.

– Какие ещё области медицины нуждаются в таком же приоритетном финансировании?

– Приоритеты расставляет статистика. Как вы знаете, в России, как и в других странах мира, в структуре причин смертности населения на первом месте сердечно-сосудистые заболевания, на втором – онкологические, на третьем – внешние причины, то есть травмы, отравления и т.д. Поэтому логично, что следующим объектом повышенного внимания государства стала онкология. И Министерство финансов выделяет сегодня значительные финансовые средства для лечения онкологических больных, в большей мере это касается приобретения препаратов для химиотерапии и развития радиологических методов лечения.

Это огромные расходы, потому что, к сожалению, у нас преобладают пациенты с запущенными, 3–4-й стадиями рака. Почему так произошло? Потому что мы потеряли главное звено в медицине – первичное, ослабили работу поликлиник. Должна быть не формальная диспансеризация, когда пациент заходит в кабинет и ему сразу говорят: «Вы здоровы, до свидания». Должно быть полное обследование, включающее эхокардиографию, флюорографию, специальный контроль онкомаркеров, при необходимости – КТ и МРТ. Конечно, это очень дорогая программа, но она позволит нам выявлять заболевания на первой стадии, а лечение на первой стадии – это совсем другая выживаемость и совсем другие финансовые затраты.

– По вашему мнению, кто должен стоять во главе Министерства здравоохранения – врач или экономист, опытный хозяйственник?

– За небольшим исключением министрами здравоохра-

нения у нас в стране всегда были всемирно известные врачи и учёные, представители разных областей медицины. Они имели гигантский авторитет как в профессиональном сообществе нашей страны, так и за рубежом. И это я считаю главным условием для пребывания на посту руководителя министерства помимо компетенций и в медицине, и в управлении, и в экономике здравоохранения.

Ещё одно немаловажное условие – будучи требовательным руководителем, это должен быть человек толерантный и добрый. Если ты не добрый, ты не врач, независимо от того, кто ты – хирург, травматолог, не говоря уже о педиатрах. В моём понимании слова «врач» и «доброта» – синонимы.

Что касается оценки работы нынешнего руководства Министерства здравоохранения, мнение абсолютно позитивное. Говорю это искренне.

Об Институте Вишневого

– В январе 2016 года вы были назначены на должность директора Института хирургии им. А.В. Вишневого.

– И вы видите, что здесь теперь происходит (смеётся. – Ред.). Разруха...

– Вы имеете в виду реконструкцию? Так это же явление временное.

– Честно говоря, эта реконструкция давно была необходима. Через год институту формально исполнится 75 лет, но фактически медицинское учреждение располагается здесь с середины XIX века, занимает несколько зданий, которые являются памятниками архитектуры и культурного наследия. Мы просто обязаны придать им приличествующий вид, восстановить их красоту. Это не говоря о главном корпусе – «небоскрёбе» постройки 70-х годов. За пятьдесят лет он тоже изрядно устарел и требует реновации. Так что мы переживаем процесс глобального обновления и дискомфорта, с которым такие проекты неизбежно сопряжены.

Зато по окончании всех работ это будет обновлённый архитек-

турно-медицинский комплекс, сохранивший всю прелесть старой Москвы и дополненный новыми чертами, этакий взгляд сквозь 150 лет – из середины XIX века в XXI век. Если ты помнишь и чтить историю, то имеешь шанс, что в будущем и история вспомнит тебя.

– Амиран Шотаевич, в вашей жизни произошёл поворот: практикующий хирург с мировым именем согласился взять на себя обязанности директора. Не спрашиваю, почему и зачем вы приняли такое решение, но признайтесь, можно ли эффективно сочетать творческую профессию врача с функционалом менеджера? И готовы ли вы постепенно «изжить» в себе оперирующего доктора и целиком сосредоточиться на работе руководителя?

– Это самое страшное пожелание, какое только возможно для хирурга...

Знаете, у меня был опыт работы с иностранными компаниями по созданию робота для выполнения аритмологических операций. Во время одного из тестирований оборудования я спросил автора идеи, какова, по его мнению, конечная цель разработки такого робота? Он ответил: когда хирург достигнет настолько преклонного возраста, что уже не сможет стоять у операционного стола, он будет, сидя в кабинете, с помощью джойстика манипулировать роботом, который в операционной сам будет устранять у пациента очаги нарушения ритма сердца.

Вот тогда-то я впервые «примерил» достижения технического прогресса к самому себе и... совершенно не обрадовался такой перспективе. Ведь самое большое в жизни удовольствие для меня – хорошо выполненная операция, это однозначно. Поэтому что касается совмещения двух видов деятельности – руководителя и хирурга – я не считаю необходимым делать между ними выбор. Хотя это совершенно разные науки, и мне пришлось на новом посту освоить массу новых знаний.

Елена Сергеева