

– Владимир Александрович, как вас свела судьба с Институтом им. А.В.Вишневого?

– Окончив с отличием Киевский медицинский институт им. А.А.Богомольца, я уехал работать хирургом в небольшой шахтёрский город в Луганской области. Причём так получилось, что уже через 3 года после прихода в больницу я стал главным хирургом, потому что врачи старшего поколения ушли один за другим по состоянию здоровья. Остались только молодые хирурги, а нагрузка была немалая – 2 тыс. операций в год. «Пахать» приходилось так, что у меня не было ни свободного времени, ни личной жизни. И ночью, и в выходные дни в любую минуту могли вызвать в больницу.

Там я отработал 6 лет. Набирался опыта и все эти годы думал о занятиях наукой. Кстати, при том, что я был отличником, в киевском мединституте не смог попасть ни в ординатуру, ни в аспирантуру.

– Такой высокий был конкурс?

– Были кандидаты более «достойные». Правда, через много лет оказалось, что большинство из них так и не состоялись ни в науке, ни в хирургии.

Так волею судеб в 1966 г. я поехал в Москву, поступать в аспирантуру в Институт хирургии им. А.В.Вишневого. Моим учителем стал выдающийся хирург Владимир Владимирович Виноградов, который получил очень хорошую подготовку в разных странах мира. Он из знаменитой династии Виноградовых. Его отец – терапевт-кардиолог академик АМН СССР Владимир Никитич Виноградов был заведующим кафедрой Первого Московского медицинского института и лечащим врачом Сталина. «Благодаря» последнему факту жизнь моего наставника складывалась не самым лучшим образом. Когда разразилось известное «дело врачей», Владимир Владимирович вместо своего отца, уже очень пожилого человека, был отправлен отбывать наказание в Тобольск, лагерным врачом.

До заключения он работал в клинике А.Н.Бакулева, уже имел учёную степень, был автором ряда книг по абдоминальной хирургии. Но по возвращении из Тобольска в Москву вернуться в свою клинику он не смог: ему отказали. Зато его взял на работу в Институт хирургии Александр Александрович Вишневский. Генерал-полковник, смелый и решительный человек, он не побоялся того, что у Виноградова столь неприятный эпизод в его прошлом. И не просчитался, пригласив его в институт, потому что Виноградов привнёс в советскую хирургию печени, желчных путей и поджелудочной железы многие западные разработки, то есть осовременил её. Став аспирантом Виноградова, я с 1966 г. и по сей день продолжаю заниматься этим же разделом хирургии.

– Ваше имя связывают с началом новой эры хирургии печени и поджелудочной железы в нашей стране. Когда именно эта эра началась, и как выглядела абдоминальная хирургия до того?

– Было бы большим лукавством с моей стороны согласиться с тем, что именно я создал эту хирургию. Как я уже сказал, и до меня были люди, которые этим занимались. Просто на определённом этапе нужны были некоторые новые идеи, реализация которых позволила бы отечественной гепатопанкреатобилиарной хирургии подняться на более высокий, современный уровень. И нам с коллегами это удалось сделать.

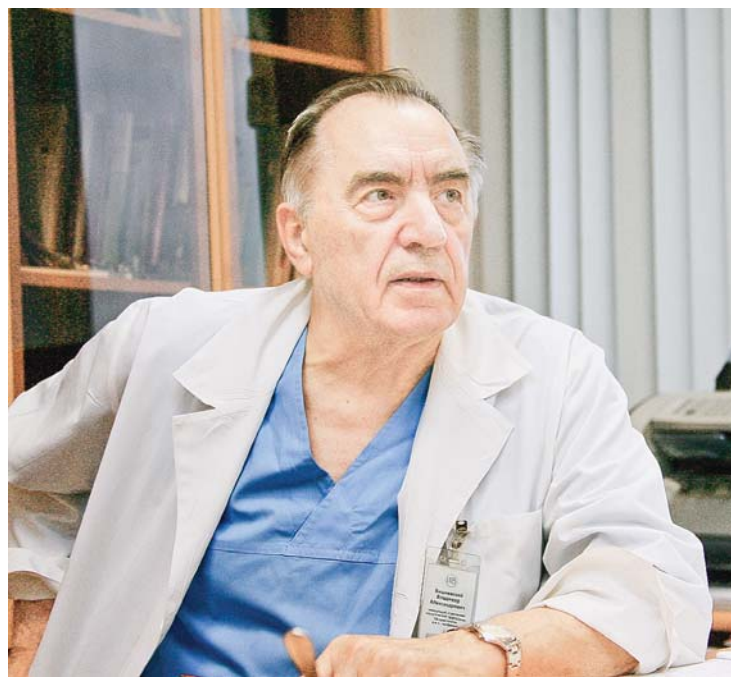
К середине 70-х годов стало очевидно, что хирургия печени – слабое звено в советской хирургии. Оперировали многие, и не только в Москве, но и во Владивостоке, Кирове, Ленинграде. Однако результаты были не очень хорошие: высокая летальность и осложнения, в частности кровотечения. Нужно было внедрять новые технологии, чтобы резекция печени стала бескровной, малотравматичной. А кроме того, необходимо было чётко очертить показания и противопоказания к таким вмешательствам. Мы предложили такую идеологию, соединив новые хирургические технологии и новые до-

Наши интервью

Владимир ВИШНЕВСКИЙ:

Теоретик хирургии не может стать Пироговым

Развитие медицины – это всегда результат усилий врачей и учёных



стижения в анестезиологии. Уже к середине 80-х годов сформированная нами современная концепция хирургического лечения больных с заболеваниями печени стала доступна всем хирургам в СССР.

Академик М.Кузин, который пришёл на смену А.Вишневскому и стал директором института, был к тому же главным хирургом Минздрава СССР. Это обстоятельство очень помогало нам в продвижении новых хирургических подходов по стране. Михаил Ильич был прежде всего хирургом, а уже потом – чиновником, поэтому мы легко находили с ним общий язык. Я приходил к нему и говорил, что для апробации новой технологии нужно такое-то оборудование, к примеру, интраоперационный ультразвуковой аппарат, о котором тогда в нашей стране ещё вообще ничего не слышали, да и за границей такое оборудование было лишь в единицах клиник. В итоге мы этот аппарат заполучили.

Другая история: нам очень нужен был малотравматичный рассекатель паренхимы. Мы пальцами разжимали структуры печени, чтобы найти участок для лигирования, который мог быть источником кровотечения. Это было грубо. И вот на одной из медицинских выставок в Москве я увидел японский рассекатель. На него тогда никто не обратил внимания, кроме меня. Кстати, японцы тогда предложили нам купить по льготной цене выставочный образец, чтобы не тратить время на отправку другого такого же из Японии. Я опять – к Михаилу Ильичу.

– Он охотно шёл на это? Деньги на новое оборудование всегда находились?

– Как ему удавалось решать финансовые вопросы, не знаю. Но он их решал успешно. Как главный хирург Советского союза он прекрасно понимал, что хирургия печени у нас никуда не годится, она буксует.

И всё-таки не наличие денег, а наличие единомышленников было главным фактором развития гепатопанкреатобилиарной хирургии. Мне приходилось много работать с инженерами по доводке инструментария. К примеру, чтобы внедрить технологию микрохирургии желчевыводящих путей, нужны были специальные удлиненные инструменты. Поехал в Казань, где тогда был завод медицинского

оборудования, объяснил нашу проблему, и инженеры всё сделали так, как я просил.

Как только мы сдвинули с места хирургию печени, пошёл аналогичный процесс по совершенствованию подходов в хирургии поджелудочной железы.

– Прогресс в каком из разделов хирургии шёл быстрее – печени или поджелудочной железы? И чем это объясняется?

– Хирургия поджелудочной железы в принципе была освоена в СССР раньше, чем хирургия печени. Но рамки её применения были очень узкими.

Если профессор В.Виноградов в Москве и профессор А.Шалимов в Киеве уже выполняли панкреатодуоденальную, дистальные и срединные резекции при опухолях поджелудочной железы, то в онкологических центрах страны в это время проводили только паллиативные операции.

В 1975 г. ваш покорный слуга выполнил первую в нашей стране операцию тотальной панкреатэктомии. Вместе со мной у операционного стола работал директор института академик М.Кузин. Это было событие огромной важности: мы в тот день впервые выполняли не просто радикальную, а суперрадикальную операцию с высокой вероятностью интра- и послеоперационных осложнений. Михаил Ильич был не просто моим ассистентом – он был модератором всего этого нового процесса, потому что он бывал за границей, присутствовал на таких операциях и как человек, прекрасно владевший тремя иностранными языками, легко общался с зарубежными коллегами. То есть не просто видел картинку, но и постигал теорию, которую затем преподносил нам.

Итак, с нашей подачи и онкологи, и абдоминальные хирурги начали выполнять радикальные вмешательства. Следующим этапом академиком С.Готье были внедрены технологии трансплантации поджелудочной железы и печени, где собственно принципы вмешательства предложили хирурги, а онкологи дополнили их своими знаниями.

– Владимир Александрович, сегодня хирурги охотно берутся оперировать поджелудочную железу, или всё ещё есть страх перед этим органом?

Они просто однофамильцы – не более. Руководитель отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В.Вишневого, президент Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ, доктор медицинских наук, профессор Владимир Вишневский не имеет отношения к известнейшей врачебной династии, именем одного из членов которой назван институт.

По признанию самого Владимира Александровича, он никогда в жизни не получал никаких преференций от этого совпадения фамилий. Напротив, всегда было подспудное желание доказать, что он всего добивается сам, без ссылок на такой, казалось бы, приятный подарок судьбы: ведь многие ошибочно считали его родственником выдающихся советских хирургов. А доказать это можно было только одним способом – самому стать известным хирургом. И он им стал.

Профессором В.Вишневым создана одна из ведущих школ отечественной хирургической гепатологии, получившая широкую известность в стране. В отделении, возглавляемом Владимиром Александровичем, накоплен уникальный опыт лечения ряда заболеваний, которые до сих пор вызывают трудности у многих специализированных клиник, в том числе зарубежных: хирургия осложнённых форм опухоли Клацкина, повторные операции у пациентов с очаговыми образованиями печени, реконструктивные операции по поводу посттравматических и воспалительных стриктур желчевыводящих протоков.

Отметивший недавно своё 80-летие, мэтр российской гепатопанкреатобилиарной хирургии Владимир Вишневский в интервью «Медицинской газете» рассказал, с чего начиналось становление этого раздела медицины в нашей стране, каких высот он достиг к сегодняшнему дню и какими видятся перспективы его дальнейшего развития.

– Есть. Даже несмотря на то, что мы досконально знаем строение и функции железы, что разработаны различные варианты хирургического доступа вплоть до мининвазивных, что сформулированы правила профилактики осложнений.

Что же мешает хирургам? Страх неудачи. Любая операция может быть травматичной, сопровождаться большой кровопотерей, но это всё поправимо, пациент это перенесёт. А вот осложнения, которые возникают в послеоперационном периоде после панкреатодуоденальной резекции – либо несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов, что провоцирует перитонит и кровотечение, либо воспаление в культе поджелудочной железы, что приводит к панкреанекрозу, – заранее вызывают у врачей чувство бессилия и заставляют опускать руки.

– Разве это непреодолимые препятствия? Ведь есть клиники, где такие операции выполняют если не без осложнений вообще, то далеко не со стопроцентным показателем осложнений.

– Эти препятствия преодолимы при очень тонкой работе и при большом, постоянном опыте выполнения таких операций. Мы сейчас от Ассоциации хирургов-гепатологов разрабатываем такое решение: если в данной клинике выполняется меньше 10 панкреатодигестивных операций в год, она не может и не должна этим заниматься в принципе.

– Но решения общественной организации, пусть даже профессиональной, имеют лишь рекомендательный характер...

– Вы правы, и это нас не устраивает. Профессиональная ассоциация должна иметь совсем иной статус. В Европе и США такие врачебные объединения имеют большой вес: они занимаются профилированием медицинских организаций, могут участвовать в оценке их деятельности, в аттестации врачей, в проведении экспертизы в случаях «врачебных ошибок» и т.д. В России ассоциации таких полномочий не имеют, но готовы их получить и реализовать.

Пока этого не произошло, мы предоставили Министерству здравоохранения РФ список из 12 клиник в стране, которые по уровню сложности выполняемых операций и показателям своей работы действительно имеют право называться

гепатопанкреатобилиарными центрами. Другое дело, что страна огромная, и 12 центров явно недостаточно, надо формировать новые. А для этого необходимо целенаправленно обучать хирургов. Удаление желчного пузыря, удаление кисты печени или поджелудочной железы – с этим общие хирурги справятся. Но есть сложные объёмные вмешательства – резекция печени, реконструктивная хирургия желчевыводящих путей, удаление поджелудочной железы – выполнять которые должны именно гепатопанкреатобилиарные хирурги, прошедшие специальную подготовку и имеющие навыки.

Мы готовы учить всех. Нынешний директор Института им. А.В.Вишневого академик Амиран Шотаевич Ревишвили очень приветствует, когда к нам приезжают коллеги из других клиник и других регионов. Он считает, что институт должен оставаться методологическим центром по хирургии вообще и гепатопанкреатобилиарной в частности.

– По-вашему, с чем связано дальнейшее развитие данной области хирургии в России: с появлением новых технологий и нового оборудования или всё-таки с энтузиазмом хирургов?

– Энтузиазм – очень важный, если не главный фактор. К примеру, Южная Корея: страна меньше Крыма, а количество выполняемых в год трансплантаций печени там превышает количество всех пересадок, которые были выполнены всеми центрами трансплантологии России за 10 лет. Разве корейские хирурги придумали что-то особенное в этой сфере? Нет. Они просто взяли дружно и довели трансплантологию до совершенства.

Что касается вероятности появления новых технологий, отвечу так: в хирургии стать Пироговым, придумать какую-то операцию, сидя за столом в кабинете, невозможно. Новые идеи рождаются только в практике. Развитие хирургии – это результат огромной работы, комбинации усилий зрелого врача, молодого хирурга с горящими глазами и талантливых учёных. Если же такого симбиоза нет, ничего не будет происходить.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.