«Залог успеха лечения — голова хирурга»

Сергей Иванович Емельянов — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, директор больницы Центросоюза. Президент Общества эндоскопических хирургов России, действительный член Европейской ассоциации эндоскопических хирургов (EAES).
Профессору С. И. Емельянову принадлежит авторство более 200 научных проблемных статей, 8 монографий, 16 патентов Российской Федерации в области хирургии. «Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии», «Лапароскопическая хирургия желудка», «Мультимедийное руководство по абдоминальной эндоскопической хирургии», «Избранные лекции по хирургии», «Эндохирургия паховых и бедренных грыж» и другие научно-практические издания, вышедшие по инициативе и при непосредственном участии С. И. Емельянова, рекомендованы Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебных пособий для системы послевузовского профессионального образования врачей. Под научным руководством Сергея Ивановича защищены 25 докторских и 32 кандидатские диссертации.

— Сергей Иванович, название Вашей специальности произошло от греческого «хир» — «рука» и «эргон» — «делать», что означает «рукоделие». Золотые руки хирурга — залог успеха лечения?

— Никогда руки не являлись залогом успеха! Им является голова. Когда студенты, будучи на третьем курсе, спрашивали меня «Кто может быть хирургом?», я всегда в шутку им говорил: «Если вы без посторонней помощи можете постричь себе ногти на руках и на ногах, значит, у вас есть мануальные навыки и вы можете избрать для себя ту или иную хирургическую специальность».

Главное в лечении заболевания — правильно поставленный диагноз, верно выбранный комплекс лечения, корректный прием препаратов пациентами и, если необходимо, хирургическое воздействие. Для этого разработаны схемы, алгоритмы действия, нужно им строго следовать, и тогда будет нужный эффект.

— Как появилась эндоскопическая хирургия и в чем ее суть?

— Есть эндоскопия, которая во всем мире воспринимается как внутренний осмотр органов. А в конце 1980-х годов эндоскопы соединили со специфическими инструментами и стало возможным их использование при осмотре внутренних органов. Появилась именно технология — не специальность — под названием «эндовидеохирургия» (или «эндоскопическая хирургия»). Предполагая сделать операцию на каком-либо органе, мы выполняем разрез, иногда довольно широкий и очень травматичный для пациента. Эндоскопический доступ позволяет этого избежать: делаются небольшие проколы (от полутора до одного сантиметра), и хирург может дистанционно выполнить все манипуляции.

— Эффективны ли оперативные вмешательства с помощью эндо- и лапароскопического оборудования?

— Безусловно, да. ВОЗ дала независимую оценку количеству осложнений, которые возникают в хирургии, — показатели снизились в разы. У хирургов есть такое выражение: «Эндовидеохирургия — это вторая французская революция». Врачи Франции были первопроходцами в области эндоскопической хирургии, но тиражировать данную технологию не стали. А уже потом ее распространение было не остановить. В мире даже были приняты запрещающие меры: считалось, что такая технология принесет больше вреда, чем пользы.

— Вы являетесь президентом Общества эндоскопических хирургов России. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этой организации.

— В 1995 году, когда в российском хирургическом сообществе возникла потребность систематизировать применение эндоскопии, многие хирурги стали ездить за консультациями к нашим зарубежным коллегам. Это носило несколько хаотичный характер, вследствие чего Научное общество хирургов имени Н. И. Пирогова приняло решение внутри себя организовать Общество эндоскопических хирургов, то есть объединить хирургов для того, чтобы они могли данную технологию грамотно применять, тиражировать среди врачей разных хирургических специальностей.

Для этого был создан журнал «Эндоскопическая хирургия», инициаторами учреждения которого были такие выдающиеся ученые, как Алексей Степанович Балалыкин — профессор кафедры хирургии Российского государственного медицинского университета имени Н. И. Пирогова, Александр Евгеньевич Борисов — профессор, в свое время главный хирург Санкт-Петербурга, Андрей Владимирович Федоров — профессор кафедры общей хирургии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова…

Общество было инициатором создания учебных программ и учебных центров при медицинских вузах, на чем мы всегда настаивали, потому что в отношении обучения эндоскопической хирургии необходим государственный контроль. Обучением врачей наша организация занимается с 1995 года, и я считаю — успешно. Сейчас мы ежегодно проводим съезд, на котором подводим итоги, определяем перспективы развития. Опрашивая хирургов, мы решаем, чему может быть посвящен съезд. На первых съездах подробно рассматривалась тема удаления желчного пузыря. Потом возникло такое направление, как обучение хирургов правильному использованию аппаратно-инструментального оснащения, сопровождающего подобные операции: недостаточно просто смотреть видеофильмы или заниматься на тренажерах, нужно все детально изучать. Первоначально считалось, что съезд надо проводить раз в два года, но данные обратной связи с хирургами показали, что он должен быть ежегодным.

— Съезд эндоскопических хирургов всегда проходит в Москве?

— Мы традиционно проводили это мероприятие в Институте хирургии имени

А. В. Вишневского, так как его инициатором был директор института Владимир Дмитриевич Фёдоров. Со временем стало понятно, что одного зала недостаточно: нужно иметь не одну площадку, чтобы одновременно обсуждать несколько проблем. Поэтому Москвой съезд теперь не ограничивается.

Очень важно, что на съезде хирурги могут поделиться друг с другом своим опытом. Нам было приятно, когда на прошедший февральский форум приехали представители Европейской ассоциации эндоскопических хирургов, чтобы пообщаться с российскими коллегами и поучаствовать в процессе.

— Как сейчас обстоят дела с подготовкой специалистов по эндоскопической хирургии в Российской Федерации? Где их обучают? И приезжают ли в Россию учиться работать по этой технологии студенты медицинских вузов других стран?

— У нас предусмотрена программа по общей хирургии на третьем курсе медицинских вузов. Выделено определенное количество часов для общего ознакомления студентов со специальностью. А индивидуальная подготовка по эндохирургии — инициатива Общества эндоскопических хирургов. После окончания основного курса врач-хирург проходит месячное обучение этой технологии. Практически во всех крупных городах — во Владивостоке, Хабаровске, Омске, Новосибирске, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону и так далее — имеются факультеты или кафедры постдипломного образования, на которых ведется подготовка по эндоскопической хирургии, чтобы врачи имели право пользоваться ею в своей работе.

Сейчас многие студенты иностранных медицинских вузов обучаются эндохирургии в России. Приезжают из Казахстана, из Узбекистана, Азербайджана, Армении, Украины. Уже сформировалась такая ситуация, когда в крупных городах появились собственные школы по эндовидеохирургии.

— Отличаются ли европейская и российская школы эндохирургии друг от друга?

— Нет. Я считаю, что различия в этих школах надуманны. Использование аппаратно-инструментального оснащения в России абсолютно такое же, как в Америке, Корее, Австрии, Германии и остальных странах. Российским хирургам не стыдно показывать свои операции и на видеохостингах, и в виртуальном госпитале.

— Вы возглавляете кафедру эндоскопической хирургии Московского медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова. Есть ли у кафедры приоритетное направление?

— Приоритет кафедры — преподавание. Мы одними из первых начали пропагандировать использование в преподавании виртуальных симуляторов — это своего рода достижение кафедры как учебной структуры. Такие симуляторы способствуют более быстрому приобретению необходимых навыков, нежели обычные тренажеры. Мы принимали участие в расширении этой программы — в то время наш вуз тесно сотрудничал с Медицинским университетом Осло.

И, конечно же, мы обучаем врачей. Есть подготовка по узким специальностям: операции на надпочечниках, паховые грыжи, послеоперационные грыжи.

— Не ушло ли время скальпелей и зажимов в прошлое с появлением эндоскопической и лапароскопической технологий?

— Конечно, нет. Хотя в Европе, например, 78% операций проводят лапароскопическим путем. Хорошо это или плохо, не очень понятно.

— Можно ли назвать эндоскопию и эндохирургию главными технологиями в лечении гастроэнтерологических заболеваний?

— Я бы хотел подчеркнуть один очень важный момент. Эндоскопия и эндохирургия — это очень небольшой раздел в том арсенале знаний, которым на сегодняшний день обладают врачи, будь то гастроэнтерологи или хирурги. Если врач научится правильно им пользоваться, это серьезно поможет ему в работе. Но говорить о том, что эндоскопия является ведущей технологией, и отводить ей главную роль в успешном лечении заболеваний совершенно неправильно.

Если Вам говорят, что лечением язвенной болезни, гастрита занимается эндоскопист, то это уже должно настораживать. Лечить должен гастроэнтеролог. Если Вам говорят, что при панкреонекрозе сделали эндохирургическую операцию и вылечили больного, то такие врачи не понимают, что они делают. Панкреонекроз — тяжелое заболевание, летальность при нем, например, в Америке составляет 28%. Вылечить пациента с этим диагнозом, да еще только при помощи эндохирургии, — это совсем неверно. Это такой же инструмент, как, например, рентгенологические исследования, которые позволили нам очень далеко продвинуться в понимании лечения, но не совершили принципиальной революции. Это не генная инженерия, не наркоз.

— Самыми распространенными гастроэнтерологическими заболеваниями являются гастрит, панкреатит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Каким образом может помочь эндоскопия при таких диагнозах?

— Эндоскопия является элементом диагностики. Если пациента осматривает действительно хороший врач, то наряду со всеми другими технологиями эндоскопия для него очень важна. И лечение он, безусловно, изберет комплексное.

— За эндоскопией и эндохирургией будущее?

— Без сомнения. Так же как и за разумным использованием современных достижений фундаментальных наук.

— Будет ли хирургия когда-либо состоять только из эндоскопов и роботов-хирургов?

— Никогда этого не будет.

— А как же робот-хирург Да Винчи?

— Да Винчи не робот в привычном понимании врачом этого слова. Это «роботическая система»: манипуляции выполняются дистанционно, действия хирурга копируются. Об истинном роботе можно говорить, когда врач вкладывает свой интеллект в компьютер, тот анализирует его послания, а механизмы их выполняют. При этом нет прямой связи между человеческой рукой и механизмом.

Работы в этом направлении уже ведутся, судя по информации в Интернете. В большинстве случаев пишут о том, что в координатах человеческого тела можно разобраться с помощью магнитного поля, лучевой и рентгеновской диагностики, и уже сегодня есть механизмы, которые в состоянии без помощи рук выполнять простейшие функции, например вводить определенное количество вещества или забирать его из человеческого тела. Это и есть настоящее роботическое воздействие.

Специально для выпуска «Хирургия в гастроэнтерологии» Залевский И. Е.