

АРКАДИЙ ЛЬВОВИЧ ВЁРТКИН:

«Мне известно, как стать хорошим терапевтом»



Медицина — особый вид деятельности, причем довольно специфический. Ежедневно работая с пациентами, не достигнешь больших карьерных высот, не станешь богат, как Крёз, и не получишь «легкой жизни». С другой стороны, как говорил Сенека, для человека, который не знает, к какой гавани он направляется, ни один ветер не будет попутным. Что же является целью врача-терапевта? Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета Аркадий Львович Вёрткин считает, что надо стремиться быть не просто врачом-терапевтом, а хорошим терапевтом. И у него даже есть рецепт, как им стать.

Аркадий Львович, что же нужно, чтобы стать хорошим терапевтом?

Во-первых, родиться в благополучной семье. Все великие, выдающиеся отечественные терапевты обладали совершенно уникальной родословной. Например, Максим Петрович Кончаловский, выдающийся русский терапевт, — из какой он семьи! Сказать «непростой» — не сказать ничего, ведь в ней были художники, литераторы, поэты... Братом Максима Петровича был Петр Петрович Кончаловский, известный художник. Оба брата были очень успешными, каждый на своем поприще.

Второе условие — оно является обязательным — это хорошее образование: и вузовское, и после-вузовское. Сегодня, к сожалению, терапия перестала быть основным «брендом» в медицинском образовании. Если раньше кафедры терапии были ведущими в любом медицинском вузе, являлись основополагающими, представляли собой врачебную базу, то сейчас образовательные и профессиональные ценности немного сместились. Много узких специальностей, профилированных

кафедр, но каким бы узким специалистом ни становился врач, ему не обойтись без хорошей терапевтической базы.

Вы имеете в виду внутренние болезни?

В первую очередь, но не только — это и физиология, и анатомия, и патологическая физиология, и патологическая анатомия. Я скажу больше — все наши выдающиеся интернисты в начале своего профессионального пути работали еще и в прозектуре патологоанатомами. Сейчас об этом даже как-то неудобно говорить, ни один терапевт не пойдет сначала работать патологоанатомом. Нивелируется и роль аутопсии, однако без вскрытия невозможно получить полную картину. Больного лечили, он умер, а от чего — неизвестно, так может быть, его лечили совсем не от того, от чего нужно было? Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов — далеко не редкий случай.

В медицинском образовании есть еще один нюанс. Нужно, чтобы будущему специалисту повезло с учителем. Великий русский врач Федор Петрович

Гааз очень точно сказал: «Учитель — не тот, который учит, а тот, у которого учатся». Это значит, что учитель должен работать с учениками по принципу «делай как я».

Сегодня количество докторов медицинских наук, профессоров, академиков огромно. Как молодому специалисту определиться с выбором учителя?

Выбирайте того учителя, который работает в скорпомощной клинике с прозектурой, который не боится работы и сам учится на своих ошибках. Неважно, где находится эта клиника: в Москве, Санкт-Петербурге или в регионе. Главное, чтобы у ученика было желание учиться и было у кого учиться. Кстати, говоря о вузах, я совсем упустил из виду, что теперь поступление происходит по результатам Единого государственного экзамена (ЕГЭ). Сейчас поступить в медицинский институт или университет может любой молодой человек, который еще вчера, возможно, и не задумывался о том, чтобы стать врачом!

Аркадий Львович, но желание стать доктором может возникнуть внезапно... То, что человек в школе не мечтал работать в больнице, еще не означает, что у него нет шансов стать хорошим терапевтом, не так ли?

Шанс есть у каждого, другое дело, располагает ли к этому наша система медицинского образования. Вам не кажется странным, что в каждом вузе преподают пропедевтику внутренних болезней, внутренние болезни, терапию, но самый большой наш «прокол» — амбулаторная практика? Эта практика — и работа в поликлинике, и на скорой помощи. Я не называю стационар, потому что там все намного лучше: оснащение, оборудование, возможность проконсультироваться с коллегами других специальностей, профессорами и т.д. А врач скорой медицинской помощи должен мгновенно и единолично решать самые сложные вопросы, и от его действий зависит судьба и жизнь пациента. Поставить диагноз и отвезти куда нужно — это один сценарий, поставить диагноз и отвезти куда не нужно — совершенно другой. А ошибиться и отправить в третье ЛПУ — это вообще отдельное дело. И за всем этим стоит жизнь и счет на минуты, на секунды. Врач скорой помощи — вот кого нужно образовывать в первую очередь!

А врач поликлиники?

Естественно. В поликлинику ходит огромное количество людей, и там должны быть сконцентрированы квалифицированные кадры. Поликлинические врачи также работают в дефиците времени, и нужно быть очень образованным доктором, чтобы в таких условиях увидеть, что

происходит с пациентом, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, при этом выделив приоритеты и разделив задачи по ранжиру. Но в вузе преподавание основ работы врача скорой помощи практически отсутствует, а обучение основам поликлинической практики больше напоминает ознакомление. За редким исключением, конечно: например, в Московском государственном медико-стоматологическом университете преподаванием медицины скорой помощи занимаются две кафедры, да и поликлиническую терапию преподают на отдельной кафедре, но я считаю это недостаточным, на каждой кафедре необходимо уделять внимание догоспитальной помощи.

«Я выступаю за то, чтобы профессионально ориентировать студентов еще на 3–4-м курсах медицинских вузов. Кафедры могут устраивать дни открытых дверей, и маститые специалисты расскажут о своей работе. Это поможет будущему доктору определиться с выбором специальности».

Может быть, здесь вступает в силу закон о создании спроса предложением? Наверное, не так много выпускников медицинских вузов хотят стать терапевтами?

Престиж терапевтической специальности действительно нужно поднимать, а для этого необходимо рассказывать о ней студентам, собирать их на встречи для определения будущей профессии. Зимой я принимал государственный экзамен у студентов, спросил 30–35 человек, и ни один не хотел быть терапевтом. Причем мотивация у каждого своя. Вот эту мотивацию нужно повышать, плюс давать как можно более полное представление об этой профессии. А на скорой помощи в идеале должны работать терапевты с хорошими навыками и знаниями в области реаниматологии. Такой специалист сможет разобраться в состоянии пациента и оказать помощь, если это требуется, а также определить в нужное ЛПУ.

Аркадий Львович, мы отвлеклись от вашего «рецепта» хорошего терапевта. Какие еще слагаемые успеха вы считаете важными?

Пожалуй, доброе сердце. Оно необходимо в любой работе, но терапевту — особенно. Часто приходится иметь дело с пациентами в тяжелом состоянии, встречаются полярные нозологии: в нашем отделении лежат пациенты, у которых проблемы с сердцем, ногами, ментальные нарушения, сахарный диабет и т.д.

Терапевт, как никто другой, должен осознавать особенности текущего момента в России. Очень даже неплохо знать, какие пациенты посещают

клинику внутренних болезней в Париже (мы любим и уважаем и парижан, и эту клинику), но мы не в Париже. Социальный портрет российского пациента совсем другой.

Опишите его, пожалуйста.

Нередко это пациент с той или иной коморбидной патологией. Например, часто это курящий человек. Курение — болезнь. Никотин и прочие вредные компоненты табачного дыма формируют сложнейшую полиорганную патологию. Это не рак легкого, как думают наши пациенты и, убедившись, что рака у них нет, бодро закуривают очередную сигарету. Это коморбидное состояние. Многие наши соотечественники, как говорят, «выпивают». И если раньше пьющий человек был пациентом с циррозом печени, то сегодня до этого заболевания просто не доживают: нам приходится наблюдать энцефалопатии, кардиопатии и т.д. — вот еще одна коморбидная проблема. Есть непьющие и некурящие люди, однако многие из них страдают от избыточного веса. Причем ожирение — также комплексная коморбидная патология.

Вредные привычки, употребление суррогатов не просто вызывают развитие коморбидной патологии — они провоцируют патоморфоз заболеваний. Думаю, если бы врача, практиковавшего в начале прошлого века, поместили в современную клинику и показали ему наших пациентов, он бы пришел в замешательство. Изменилось все — симптоматика, исходы, лечение, прогноз...

Пример из практики А.Л. Вёрткина

В день интервью в клинику поступила пациентка с тяжелым отеком Квинке. Она регулярно окрашивает волосы в домашних условиях и накануне проделала это в очередной раз. Очень удивилась аллергическим симптомам! А то, что она каждый день употребляет крепкие алкогольные напитки, в частности водку, которую покупает в разных торговых точках, ее не настораживало. В итоге оказалось, что показатели работы печени, поджелудочной железы и вообще почти всех органов и систем обнаружили отклонения от нормы. Плюс энцефалопатия. Аллергоз возник, потому что иммунная система данной пациентки сильно повреждена тяжелой полиорганной патологией, вызванной употреблением алкоголя, в том числе суррогатов.

А если человек не курит, не употребляет алкоголь и не переедает?

Врачу следует проявить настороженность в отношении гормональных нарушений, которые

также изменяют состояние многих органов и систем. Скажем, гипогонадизм. У мужчин старше 40–45 лет каждый год на 1–2% снижается содержание тестостерона в крови. Это нормальный физиологический процесс, который, однако, создает предпосылки к развитию целого ряда патологий, таких как сахарный диабет, ожирение, эректильная дисфункция и т.д. Климактерический период у женщин также часто способствует формированию комплекса заболеваний. Кроме того, нельзя забывать о существовании наркомании, о наличии в числе наших пациентов большого количества приезжих людей, которые либо привозят к нам специфические заболевания, либо не могут адаптироваться, и это негативно сказывается на их здоровье.

Вы вывели еще одно правило для хорошего терапевта — внимание к деталям.

А еще для того чтобы стать хорошим врачом-терапевтом, нужно знать и помнить историю своей специальности. Нельзя забывать наших «Пушкиных в медицине», нужно читать старые книги. Обратите внимание на то, каким языком они написаны, как собран анамнез и жалобы — это пригодится врачу и сегодня. Нельзя говорить о симптоме Пастернацкого, не зная, кто такой Федор Игнатьевич Пастернацкий. А он, между прочим, знаменитый терапевт, основатель бальнеологии в нашей стране, автор замечательных книг по терапии и курортологии. В мире существуют очень полезные и информативные книги, рассказывающие, какие технологические прорывы в медицине были совершены в недавнее время, и объясняющие, каково их практическое применение для врача. Но таких потрясающих клинических книг нет больше нигде, кроме как в нашей стране.

Как сделать их доступными широкой медицинской общественности?

С обнародованием нет проблем: Интернетом пользуются почти все, а вот с поиском... Я езжу по городам и весям, где еще остались врачи, у которых есть подобные книги. Это столь же важно, как и освещение преемственности этапов процесса лечения. Назовем эту схему условно «от провизора до врачебного рецепта». Реалии отечественной современности не умаляют, а, напротив, подчеркивают роль специалистов каждого звена. Фармацевт — четвертый лечащий врач после врача скорой медицинской помощи, доктора в поликлинике и специалиста в стационаре. Я уверен, что в российских поликлиниках, стационарах и аптеках трудятся люди грамотные и любящие свою профессию. В медицине и фармацевтике без любви к своему делу вообще нельзя, и я об этом уже говорил. Я желаю вам не терять профессионального азарта и стремиться помогать людям.

А