

СЧАСТЬЕ ХИРУРГА

Он мечтал стать летчиком, но стал хирургом. И ни разу об этом не пожалел: его жизнь напоминает полет, устремленный в будущее.

Двадцать лет назад в Чебоксарах впервые в стране хирург Святослав Федоров вживил в глаз человека сделанный им самим искусственный хрусталик. Эту операцию сочили чуть ли не преступлением, она была объявлена «антифизиологичной», а искусственный хрусталик — инородным телом, вызывающим гибель глаза. Сторонников у Федорова почти не было. Его вынудили уйти с работы.

Лишь благодаря поддержке профессора Т. И. Брошевского удалось продолжить научные исследования, но уже в Архангельском медицинском институте. Годы были потрачены на доказательство своей правоты, и уже казалось, что успех близок, но вот опубликована работа весьма авторитетных специалистов, их заключение, как приговор: рекомендовать операцию в широкую клиническую практику нельзя.

В который раз надо было опровергать, убеждать, отстаивать! Но Федоров уже не был одинок. У него нашлись единомышленники — врачи и не врачи: часовщик В. Смирнов, художник Б. Венценосов, инженер Б. Панасенко, механики Б. Лебедев и А. Карап. Ведь хрусталики приходилось тогда делать кустарным способом. Позднее Федоров скажет: «Многие нам помогали, кроме тех, кто по должности своей в науке обязан был помочь».

Сегодня доктор медицинских наук профессор С. Н. Федоров руководит Московской научно-исследовательской лабораторией экспериментальной и клинической хирургии глаза Минздрава РСФСР. В Бескудникове достраивается новое девяти этажное здание лаборатории — с клиникой, с экспериментальным заводом, с яблоневым садом вокруг. Целый институт, о нем Федоров мечтал давно. Есть у лаборатории и свой автобус — операционная на колесах, оснащенная самой современной медицинской техникой. Осуществилась еще одна идея Федорова, которая многим в свое время казалась праздной фантазией.

А он уже мечтает о самолете. О самолете-операционной, на котором за несколько часов можно было бы добраться до самого далекого города, научить там врачей оперировать по-новому, оставить им нужное оборудование...

Многим его мечтам суждено было сбыться. Сбудется наверняка и эта.

Недавно профессор Святослав Николаевич ФЕДОРОВ был гостем очередного заседания клуба «На «Огонек». Он рассказал собравшимся о работе своей лаборатории, ответил на вопросы.

С. Федоров. В наш стремительный век с его огромными скоростями, сверхточными приборами, микроэлектроникой орган зрения приобретает особо важное значение. Человек, утративший нормальное зрение, сталкивается с большими трудностями, он сильно ограничен в выборе профессии. Вот почему офтальмология, наука, занимающаяся исправлением зрения, в последнее время так бурно развивается. Мы получили в свое распоряжение невиданную доселе технику: лазеры, ультразвук, тончайший инструмент, — и это сразу необычайно расширило наши возможности. То, что несколько лет назад казалось фантастикой, теперь стало обыденностью.

Сегодня мы можем заменять в глазу почти все его части, делать глаз более совершенным, чем его создала природа. Она, конструируя человека, надела много ошибок. И мы не хотим эти ошибки повторять. В распоряжении природы не было таких совершенных материалов, какими располагает сегодня человек. Ведь прозрачность естественного хрусталика, состоящего из белка, всего лишь 65 процентов. И со временем она постоянно уменьшается — для человека мир постепенно тускнеет.

...Природа создавала человека, когда ему не нужно было читать, копаться в

часовом микромеханизме, изучать атлас. Миллионы лет развития мало что изменили в строении человеческого глаза. И он оказался не очень-то приспособленным к современной жизни. Сегодня 20 процентов из десятиклассников, оканчивающих школу, уже близоруки, по другим данным — около 40 процентов; в Японии — почему-то даже 60. Мы вводим искусственные хрусталики с абсолютной, стопроцентной прозрачностью, и такая она остается до самой смерти. При осмотре больных, оперированных десять лет назад, создается впечатление, что они родились с искусственным хрусталиком.

Кстати сказать, идея вживления его в глаз не так уж и нова. Более двух веков назад польский врач Гадини предложил после удаления катаракты (мутного хрусталика) ввести в глаз линзу из горного хрусталия. Современники Гадини обвинили его в шарлатанстве и упекли в тюрьму. Возникнув, идея была погребена, чтобы вновь родиться уже в наши дни.

В 1949 году английский офтальмолог Гарольд Ридли впервые произвел операцию по замене мутного хрусталика пластмассовой линзой из полиметилметакрилата. Первые операции прошли успешно. Это стало сенсацией века. Но среди проявлений восторга явно слышались голоса скептиков. Еще бы! Ведь в основе офтальмохирургии тогда лежал принцип — всякое инородное тело ведет к гибели глаза, и его надо удалять. Поэтому операция Ридли и казалась анти-физиологичной. Авторитеты заявляли: этот Ридли посягает на основные каноны офтальмологии. А он все же продолжал «посягать».



Интересно, как у Ридли появилась идея заменить мутный хрусталик искусственным. Поводом послужил несчастный случай. Во время одной операции военному летчику забыли удалить из глаза осколок органического стекла от фонаря кабины. И этот осколок хранился в глазу до тех пор, пока судьба не столкнула летчика с Ридли. И вот что тот заметил — полное отсутствие воспалительной реакции глаза. Этот случай и привел Ридли к мысли о создании искусственного хрусталика из того же материала, из какого сделан фонарь летной кабины.

Бот так случай помог рождению той феноменальной идеи. Очень скоро у Ридли появились последователи. Но не прошло и полутора, как все они прекратили имплантацию, — слишком уж много было осложнений после операций.

Метод Ридли, конечно, был несовершенен. Линза его была слишком велика и тяжеловесна, ведь при ее создании он исходил из размеров и формы естественного хрусталика. Диаметр его более восьми миллиметров, толщина 2,5 миллиметра. Введение такой огромной линзы через зрачок наносило глазу тяжелую травму.

В нашей клинике мы используем созданные своими же специалистами на своем экспериментальном заводе линзы из очищенных пластмасс толщиной всего 100—250 микрон, а диаметром — 5 миллиметров. Такой хрусталик в 40 раз легче естественного и процентов на 40 лучше по оптическим качествам. Так что когда мы занимаемся такой хирургией, мы не просто ремонтируем глаз, а мы его реконструируем, усовершенствуем.

Если раньше мы делали имплантацию хрусталика через довольно большой разрез в глазу (примерно в 14 миллиметров), то теперь с помощью новой техники и технологии мы делаем ее через разрез не больше семи миллиметров. Операцию можно осуществлять амбулаторно. Через два-три дня к человеку возвращается стопроцентное зрение. Ему не надо, как раньше, три недели лежать в больнице (а каждый день его пребывания там обходится государству в среднем в 15 рублей), не надо потом два месяца быть на больничном. Подсчитайте, какую экономию дает новая технология в масштабах страны.

Сейчас на земле живут десятки тысяч людей, в глазах у которых искусственные хрусталики. У нас в клинике ежегодно проводится около двух тысяч таких операций. Во всем Советском Союзе, кроме нас, делают еще около тысячи. Всего три тысячи. А больных с катарактой, нуждающихся в операции, примерно 120 тысяч. Среди них и специалисты высокого класса, которые вынуждены оставлять свою профессию. Но ведь на их подготовку были затрачены большие средства. Обучение, например, летчика сверхзвукового самолета обходится государству в полмиллиона рублей — с катарактой он, естественно, летать не может. Тут есть о чем подумать.

И мы подумали. Взяли и нарисовали автобус-операционную. Одна финская фирма его изготовила. Конечно, без поддержки нашего министра Б. В. Петровского нам бы этого сделать не удалось. Теперь мы ездим по стране, делимся опытом. И вот когда я оперирую в этом автобусе где-нибудь в Нальчике или Костроме и знаю, что за моей работой через телекамеры следят сотни местных хирургов, которые сегодня впервые видят подобную операцию, а завтра, возможно, станут делать ее сами, меня охватывает чувство глубочайшего удовлетворения. Тогда я испытываю то, что принято называть высоким словом «счастье».

За последние шесть месяцев мы совершили восемь таких поездок. Мне сообщают, что во многих городах уже начаты операции по вживлению искусственного хрусталика с учетом нашего опыта. На днях был у меня врач из Кабардино-Балкарии, говорит, больных теперь высывают из клиники на пятый-шестой день, а раньше держали почти месяц.

Вот что значит преодолеть психологический барьер, ведь ничего страшного для врача в таких операциях нет. Надо просто вселить в него уверенность, вселить чувство романтики, ибо новая технология несет и вдохновение, и новый полет мысли, и удовлетворение оттого, что он может сделать такое, о чем раньше и не помышлял. Он и сам становится человеком более здоровым — и нравственно и даже физически, потому что такое раскрепощение духа не может благотворно не повлиять и на весь организм.

И все-таки я должен вернуться с высот на нашу грешную землю с ее непростыми проблемами. Больные едут к нам в клинику со всего Союза, едут с направлениями от местных врачей, которые бессильны помочь больному. Но вот вопрос: почему они бессильны? Потому что не могут или не хотят?

В нашу клинику приезжают за опытом офтальмологи из самых далеких стран, из другого полушария, а врачи из соседних даже областей что-то не едут. Наши поездки на автобусе немного двигают дело, но решить проблему в целом они, конечно, не могут. И потом вот что странно: когда мы приезжаем в какой-нибудь город, на нас врачи иногда смотрят как на заезжих циркачей, наша операция для них — это сложный трюк, «смертельный номер», который они и не надеются повторить. Приходится убеждать, агитировать, буквально за руку вести к операционному столу. А потом через месяц человек удивляется: и как он мог думать, что не сможет сделать такую простую вещь — вставить искусственный хрусталик.

Впервые я провел эту операцию ровно двадцать лет назад. Тогда почти всем она казалась чем-то сверхъестественным. Но ведь за эти годы человек вышел в космос, побывал на Луне, осуществил пересадку сердца. В нашей клинике имплантировано более восьми тысяч искусственных хрусталиков, а врачи на местах по-прежнему, как и двадцать лет назад, беспомощно разводят руками: «Помочь не можем». Да, не хватает нужного инструмента, необходимых приборов, швовного материала, но почему врачи, зная, что в соседней области делают такие операции, что там возвращают людям зрение, почему он может спокойно сидеть и не добиваться всего необходимого для этой операции? Почему он не идет в областной здравотдел, почему не пишет в обком, почему не отстаивает своего права возвращать людям счастье?

Последнее время много говорится об активной жизненной позиции советского человека. Каждый на своем месте должен проявить все, на что он способен, и в первую очередь бороться за свои идеи, отстаивать свое мнение.

Конечно, очень многое зависит и от плановых органов. Микрохирургия глаза немыслима без точнейшего, тончайшего оборудования и инструмента. Иногда врач и рад бы помочь слепнущему человеку, и умеет, и знает, как и что делать, но не может:

нет элементарной офтальмологической иголки. Иглы, которыми мы «шьем» глаза, мы покупаем за граници по три доллара за штуку. Но такую возможность имеют только некоторые центральные клиники, а остальным врачам что делать? Я знаю хирургов-офтальмологов, которые вынуждены сами тратить много времени, чтобы напильником выточить из обычной хирургической иглы некое подобие иголки для операций на глазу, которая, кстати, травмирует глаз и притом очень сильно. О каком совершенстве методов глазной хирургии в местах, далеких от столиц, может идти речь при таком положении?

А ведь эту проблему, на мой взгляд, можно решить без особого ущерба для государства. Почему любой завод, производящий сложное оборудование, с охотой берется за выпуск ширпотреба и всячески противится заказам на медицинские инструменты? Потому что ширпотреб дает план, дает «прогрессивку», а инструменты этого не дают. Но почему страдать от этого должны люди, годами ждущие очереди на операцию из-за того только, что на две бригады глазных хирургов есть лишь одна подходящая игла?

Разве нельзя каким-то образом заинтересовать завод, внести медицинское оборудование в план, давать за его выполнение премию?

Я понимаю, стране нужен ширпотреб, очень нужен. Но не думаю, что многие из нас предпочтут иметь дома набор кухонных ножей и смотреть на них полуслепыми глазами.

Да, новая медицинская техника, новая технология врачевания дали в руки хирурга необычные возможности, перевели хирургию на совершенно иной уровень, это новый виток спирали в развитии медицины. Но новая технология должна ломать и наши понятия об организации медицины. Появляется мысль: а стоит ли стремиться к увеличению числа коек в больницах, строить новые корпуса, если с помощью более современной техники и технологии врачевания можно вылечить в уже существующих клиниках в три, в четыре раза больше больных?

Действительно, зачем тратить огромные средства на строительство новых корпусов, если можно оборудовать прежние больницы новейшей аппаратурой, которая встанет в несколько раз дешевле, чем строительство зданий, и с ее помощью лечить в несколько раз быстрее и, главное, эффективнее.

К сожалению, так было всегда: существующие инструкции рассчитаны на старую технологию. Поэтому человек, который собирается применять что-то новое, должен быть готов к борьбе со старыми понятиями, со старыми инструкциями. Чтобы вырваться из сегодняшнего дня в день завтрашний, нужно непременно запастись мужеством - до появления новых инструкций.

Новая техника вступает в противоречие с архитектурой клиник, и со штатным расписанием, и со старыми гигиеническими нормами, и с прежними методами снабжения клиник аппаратурой и инструментом. То есть под влиянием новой технологии врачевания должна меняться вся система здравоохранения.

Взять тот же автобус-операционную. Нам иметь такой автобус ни по одному штатному расписанию не положено. Но мы понимаем, что он нам необходим, и мы его добились, причем частично на свои же средства: заработали их на производстве искусственных хрусталиков в своем цехе.

Вопрос. У вас в клинике, Святослав Николаевич, бытует такое выражение: «Три урожая в год», - то есть при одном и том же числе больничных коек вы излечиваете пациентов в три раза больше нормы. За счет чего вам это удается?

С. Федоров. Когда мы стали внедрять у себя в клинике новейшую технологию (лазер, ультразвук, тонкую механику), то поняли, что она требует колossalной ответственности. Каким образом можно повысить ответственность врача? Только закрепив за ним больного на весь срок лечения, чтобы за каждого пациента отвечал один врач. И вот мы разбили клинику на отдельные группы, или бригады по 3—4 человека в каждой, закрепили за ними по 15-20 больных, полностью отдали в их распоряжение оборудование. В конце каждого месяца стали сравнивать работу всех групп. Соревнование велось абсолютно гласно, все были в равных условиях.

Оказалось, что несколько бригад работают плохо. Мы их расформировали, назначили новых руководителей.

Уже через год после внедрения нового метода (по сути своей он мало чем отличается от злобинского) резко увеличилось количество сделанных операций и так же резко сократилось время пребывания больного в клинике. В среднем по стране на одной койке вылечиваются 12-13 больных в год, а у нас - 35 больных!

Теперь у нас практически нет слабых врачей - все подтянулись, ибо возросло чувство ответственности, и к тому же самолюбие не позволяет человеку плестись в хвосте.

Но что самое ценное — резко уменьшилось количество осложнений. Казалось бы, парадокс: операций стало больше, а осложнений меньше. Но ничего удивительного в этом нет. Когда ты делаешь много операций, ты непременно становишься хорошим хирургом.

Ведь и хорошим пианистом можно стать, играя каждый день и помногу. У нас молодые ребята буквально через год-два после окончания института уже считаются квалифицированными специалистами: могут имплантировать хрусталик, делать операцию по близорукости...

Сначала были скептики. Они возмущались: как можно молодым доверять такие сложные операции, они все глаза перепортят! Конечно, не сразу у молодых все шло гладко, первое время были и огни, оплошности, их исправляли более опытные коллеги. Но наша система не позволяет долго оставаться мастером средней руки, лишенным полета мысли, фантазии. У нас созданы все условия для развития инициативы. И это приносит плоды. Например, Валерий Захаров разрабатывает новые конструкции хрусталика, Александр Семенов по своему почину организовал лабораторию лазерных методов лечения, Виктор Зуев создал прибор для полировки роговицы при операции по высокой близорукости, Ярослав Глинчук в свои 26 лет — прибор для удаления катаракты, Нина Кагермазова в 27 лет — метод для остановки прогрессирования близорукости, А. Колинко (теперь - А. Ивашина) в 29 лет за разработку оптических проблем операции с искусственным хрусталиком получила премию Ленинского комсомола, организовала отдел, где создаются хрусталики для специалистов разных профессий.

У нас каждому дана возможность утвердить свою идею. В таких условиях человек верит в себя, раскрываются его возможности, его таланты. Но мы не забываем, что кому много дается, с того и спрос больше.

Я убежден, что чем раньше на молодого человека наваливается груз личной ответственности, тем быстрее он формируется и как специалист и как личность, тем больше надежды, что мы получим качественно нового врача, врачуенного с широкими взглядами, с государственным подходом к делу.

Я уже говорил, что наша бригадная система позволила нам избавиться от плохих врачей, ибо такая система — это открытый соревнование, это здоровая конкуренция, которой, к сожалению, почти лишено наше здравоохранение. В самом деле, почему я могу выбрать себе парикмахера, портного, а врача, который должен резать мне ногу, живот, сердце, я выбирать не имею права? А если я знаю, что у этого хирурга 20 процентов осложнений, я все равно должен лечь под его нож?

Если бы больной мог выбирать врача сам, то того доктора, у которого было бы меньше всего пациентов, мы могли спросить: а не зря ли ты занимаешь свое место? Такой подход значительно улучшил бы нашу систему врачебной помощи. А то стоит только человеку стать врачом, и он может всю жизнь жить спокойно, — ведь больных-то все равно на его долю хватит. Он может позволить себе за всю жизнь не прочитать ни одной новой книги по своей специальности. Мы сами плодим плохих врачей, а могли бы легко этого избежать.

Вопрос. Скажите, Святослав Николаевич, как относились ко всем вашим начинаниям Министерство здравоохранения? Поддерживало ли оно вас, помогает ли сейчас?

С. Федоров. Конечно, министерства здравоохранения, и союзное и республиканское, делали и делают все что могут, и мы им за это весьма признательны. Но, к сожалению, их возможности в ряде случаев ограничены. Например, чтобы получить пять новых сотрудников для проведения операций по устранению близорукости, мне надо было идти на прием к председателю Госкомитета СССР по науке и технике. Да и там тоже для этого должны были выносить специальное решение. Подобные вопросы не вправе решать ни Минздрав, ни даже Совет Министров республики. Почему, спрашивается? Я уверен, что каждый областной здравотдел должен иметь резервные возможности (в первую очередь, людские) для развития новых прогрессивных направлений медицины, иначе очень трудно надеяться на успех.

А что получается у нас? В начале года Минздрав раздает все деньги, распределяет все штаты, и когда посредине года в них возникает крайняя нужда, то мы должны ходить по высоким инстанциям, тратить время, нервы, вместо того чтобы возвращать людям зрение.

Вопрос. Расскажите, пожалуйста, какой будет ваша клиника после окончательного завершения ее строительства. В чем ее особенности?

С. Федоров. Сейчас рядом с главным корпусом мы начали строить еще одно здание, где будут находиться больные, которые уже не нуждаются ни в операции, ни в интенсивной терапии, ни в частых осмотрах. Это своего рода пансионат, где наши пациенты гуляют, отдыхают, а раз или два в день их осматривает врач или сестра делает укол. Стоимость содержания больного в таком «пансионате» минимальна, зато основное здание с его лабораториями, операционными, сложнейшей аппаратурой, где содержание больного обходится в десять — пятнадцать раз дороже, каждые три-четыре дня будет полностью освобождаться от 320 больных и набирать 320 новых.

Такая система позволит вылечить за год дополнительно 12 тысяч больных, примерно каждому третьему из них мы вернем трудоспособность, а это 12—13 миллионов чистого дохода государству. Стоимость нового здания не превысит 10 миллионов рублей, оно окупится уже в течение первого же года.

Сейчас во многих клиниках страны больные стоят в очереди на операцию по нескольку месяцев: не хватает мест. Этую проблему можно было бы решить строительством корпусов для долечивания больных. И мы постараемся это доказать на примере своей клиники.

Иногда мне приходится спорить с экономистами. Они упрекают меня в том, что я требую непомерно многое, что мои идеи, мои фантазии слишком дорого обходятся государству. И каждый раз я доказываю, что нет ничего выгоднее для страны, чем вернуть ей полноценного работника, вырвав его из рук болезни. Мы ведь не можем позволить себе, чтобы ЭВМ или робот, на которые потрачены большие деньги, долго находились в ремонте или стояли без дела: это невыгодно.

Но почему мы становимся такими расточительными, как только разговор заходит о людях? А вы представьте себе, говорю я, что мы «роботы», причем дорогие роботы, ведь только учеба в вузе каждого из нас обходится государству в десять тысяч рублей. Почему же мы не подсчитываем каждый раз, сколько мы теряем, если человек должен годами ждать своего «ремонта»?

Вообще иногда мне кажется, что мы совершенно не умеем считать, не знаем элементарной арифметики. Возьмите, например, любую большую больницу в крупном городе. Это же целая фабрика по «ремонту» человеческого организма, но у нее скорее всего нет даже своего детского сада, и врачи вынуждены всячески изощряться, тратить нервы и время, чтобы устроить своего ребенка в детский сад соседней парфюмерной фабрики, у которой есть и свои ясли, и свой дом отдыха, и пансионат на берегу моря. Почему у больницы этого нет? Потому что она нерентабельна, не приносит прямого дохода. Но это парадокс! Мы просто не умеем считать: ремонт человека дает десятикратную эффективность, это даже выгоднее, чем добыча золота.

Мы стараемся сейчас из нашей лаборатории сделать рентабельное предприятие. Какова структура нашей клиники? Я сравнил бы ее с научно-производственным объединением. Сейчас у нас работает 450 человек, скоро будет вдвое больше. У нас есть свои физики, свои химики, механики, инженеры, фотографы, спасари, фрезеровщики...

Мы сами выдаем идеи, сами под эти идеи делаем инструменты, сами опробуем их в эксперименте, сначала на кроликах, потом на больных. Таким образом, в кратчайшие сроки мы получаем новый инструмент, необходимый для воплощения наших идей. Получаем результаты, они наводят нас на еще более новые идеи, для их воплощения мы опять создаем новый инструмент и так далее. Еще один виток спирали. Мы движемся не по замкнутому «ругу», а по спирали, как того и требует диалектика.

Но такое движение требует очень четкой согласованности всех звеньев: врачей, инженеров, технологов, снабженцев, экономистов. Если хотя бы одно из звеньев дает сбой, вся система останавливается. Вот почему так велика ответственность каждого ее участника, будь то ученый или токарь.

Свою продукцию мы и сами используем, и продаем другим клиникам, и поставляем на экспорт. В прошлом году на экспорте мы заработали почти 500 тысяч долларов, в этом году мы заработкаем около 800 тысяч долларов, и все это в довольно кустарных условиях. Сейчас мы ставим вопрос о создании на базе лаборатории действительно мощного научно-промышленного экспериментального центра, который даст нам возможность получать чистый доход около 10 миллионов рублей. Когда нам разрешат считаться научно-производственным объединением, тогда мы сможем 40 процентов нашего дохода тратить на премии нашим специалистам, которые давно этого заслуживают, сможем построить для них пансионат под Москвой, свой детский сад, ясли, то есть добиться тех же условий, какие имеют рабочие той же парфюмерной фабрики.

ВОПРОС. Что, по-вашему, больше всего мешает внедрению нового в нашу жизнь?

С. Федоров. Прежде всего, сам человек со всеми недостатками: леностью, инерцией, завистью, недоброжелательностью. Когда я вспоминаю годы трудного становления метода имплантации хрусталика, я с грустью вынужден признать, что больше всего нам мешали именно наши коллеги — врачи-офтальмологи.

Новое требует от человека новых знаний, новых навыков, а все это — лишние усилия. К сожалению, это самое трудное — преодолеть человека. Леность, безразличие, трусость выбрать из человека намного труднее, чем сделать тысячу самых сложных операций.

Некоторые из вас могут подумать, что теперь у нас в клинике все идет гладко, безо всяких сложностей. Должен признаться, что это не так. К сожалению, нередко и у нас бывают скандалы. Маленькая проблема — маленький скандал, большая — большой. Чаще всего возникают они, казалось бы, из-за мелочей. Вот недавний пример. Почти месяц бригада готовила сложный эксперимент. Был назначен срок его проведения, все обговорено, уложено, и все-таки эксперимент был сорван. Забыли проверить исправность какого-то маленького приборчика. Мелочь, из-за которой не надо настроение портить? Нет, надо! Надо портить настроение, надо скандалить. Иначе в нашем деле трудно.

Когда я обращаюсь в самые высокие инстанции, что не хватает инструмента, меня туда вызывают и говорят: вы только один недовольны положением, все остальные довольны. Я говорю: а вы спрашивали? Нет, не спрашивали, отвечают, но если молчат, значит, все в порядке, а вы один поднимаете панику, затеваете скандал, у вас, видно, плохой характер.

А потом, когда я все-таки добиваюсь хорошего инструмента, мои коллеги удивляются. Как удалось? У тебя блат, у тебя везде связи, говорят. Какие у меня связи?! Я просто понимаю, что должен применять новейшее оборудование, что не имею права использовать старое, если есть новое.

Максимальный срок внедрения нового в медицину не должен быть больше десяти лет. У нас он растягивается до 25—30 лет. Мы теряем 15—20 лет, но мы временно теряем, а здоровье людей. А потом оказывается, что через 20 лет мы внедряем уже не новое, а старое.

Почему так получается?

Как это ни печально, но наши хозяйствственные органы не всегда заинтересованы во внедрении нового — оно ведь не дает прямого дохода. Но это, как я уже не раз говорил, весьма недальновидный подход.

Необходимо сделать так, чтобы в скорейшем внедрении новой технологии, новой техники были заинтересованы (и в первую очередь материально) все организации, которые отвечают за это внедрение. Именно об этом говорится в недавнем постановлении партии и правительства об улучшении хозяйственного механизма.

ВОПРОС. Много приходилось слышать о ваших контактах с американскими врачами. Не мешают ли этим связям сложные теперешние отношения между нашими странами?

С. Федоров. Только за последние две недели у нас в лаборатории побывало пятеро американских офтальмологов. Они, конечно, не безразличны к мировым проблемам, но они прекрасно сознают, что, как бы ни осложнились международные отношения, у нас, у врачей, главной остается задача — избавление от страданий, нести людям счастье, то есть задача, прямо противоположная деятельности иных политиков.

Что меня больше всего поражает в американцах — это их умение молниеносно все схватывать и тут же применять на практике.

Совсем недавно, в ноябре, я делал доклад по лечению близорукости в Сан-Франциско на съезде офтальмологов США. После этого к нам в клинику приезжали уже семь специалистов по лечению близорукости, смотрели наши операции, во все вникали и тут же внедряли наши методы у себя — я это знаю по письмам. Они даже успели создать специальную научную группу по изучению этой проблемы из двадцати восьми человек, тут же подключили к

выпуску аппаратуры известную электронную фирму. И дело пошло. Нам есть чему у них поучиться.

ОТ РЕДАКЦИИ:

На днях профессор С. Н. Федоров вернулся из короткой поездки в США, где под его руководством американские хирурги провели четыре операции по устранению близорукости. Операции, которые были сделаны по методике, разработанной в лаборатории Федорова, закончились успешно. Всем четырем пациентам возвращено нормальное зрение.

На другой день американская пресса комментировала: «Эти операции производились с помощью инструмента, привезенного советским хирургом. Но очень скоро Соединенные Штаты будут располагать подобным оборудованием, и уже через три года такая операция станет доступна каждому американцу».

«...Эта операция позволит вернуться к своим профессиям летчикам, полицейским, пожарникам, словом, всем тем, кто из-за очков был вынужден оставить свою специальность...»

Впрочем, поездки С. Федорова в США могли и не быть. Американский госдепартамент до самого последнего момента был против нее, и только под давлением американских хирургов (которые заявили, что этот визит необходим в первую очередь самим американцам, ждущим врачебной помощи) госдепартамент был вынужден уступить.

Операции советского хирурга были показаны по многим программам телевидения США и комментировались ведущими офтальмологами страны. Доктор Н. Стол сказал тогда: «Если у нас в течение полугода не будут организованы курсы для обучения хирургов таким операциям, то мы будем вынуждены ездить на такие курсы в Советский Союз».

Говоря это, доктор Н. Стол не мог предположить, что у нас подобных курсов пока нет.

ВОПРОС. Расскажите, пожалуйста, об операциях по устранению дальнозоркости и близорукости.

С. Федоров. От дальнозоркости мы избавили пока только несколько человек, эти работы получат широкое развитие, когда нам удастся создать довольно сложную лазерную установку. Сейчас мы над ней трудимся.

С малой близорукостью бороться проще — достаточно сделать несколько микроскопических разрезов на роговице. Ее оптическая сила при этом меняется, и к человеку возвращается нормальное зрение. Эта операция стала возможной только после того, как мы научились очень точно, буквально в микронах, дозировать наше вмешательство в глаза.

Думаю, что при некотором усовершенствовании подобных операций можно будет вовсе избавить человечество от очков. Ведь оно ежегодно тратит на очки не меньше 10 миллиардов рублей, а это бюджет немаленького европейского государства. Только у нас в стране в год выпускается очков на 100 миллионов рублей. Я верю, что в скором будущем очки станут, как прялка или лапти, музейной редкостью.

Было еще немало вопросов и ответов. И в них приводилось множество цифр. Да, Федоров любит считать. Но за этими сухими цифрами нам виделись большие дела, глубокие чувства; перед нами вставал образ современного врача, каким он должен быть, — подвижника, смелого поборника нового.

Федоров мечтал стать летчиком, но помешала горестная случайность: еще в юности трамваем отрезал ногу.

Он стал хирургом и ни разу об этом не пожалел: он считает себя очень счастливым человеком. И это ощущение не оставляет его ни на день: каждый день он и его коллеги, ученики возвращают людям самую большую радость на свете — возможность наслаждаться миром. Но к своему счастью хирург шел долго и трудно. Борьба за него не кончается и сегодня.

В его кабинете, при входе, стоят две двухпудовые гири, он каждое утро по несколько раз их выжимает. Гири можно было купить и однопудовые — для гимнастики хватило бы. Но даже в такой мелочи Федоров остается самим собой. Ему важно сознание своей силы и неутраченной способности преодолевать. Быть ближе к пределу своих возможностей.

Без этого не может быть и его счастья, трудного счастья хирурга.

Встречу вел Сергей ВЛАСОВ.

НА СНИМКАХ:

Профессор С. Н. Федоров проверяет зрение у пациентки Н. Ивановой.

НА РАЗВОРОТЕ ВКЛАДКИ (внизу):

Идет операция: * Здесь собирают хрусталики. Монтажницы В. Смирнова и Е. Стукалова.

* Операционная на колесах готова к очередному рейсу.

* Заведующий отделом лазерной хирургии А. Семенов и старшая медсестра В. Кравцова.

Фото А. НАГРАЛЬЯНА

