

«Я НЕ СТРЕМИЛСЯ К УСПЕХУ, Я СТРЕМИЛСЯ К РАЗВИТИЮ»

ГРИГОРИЙ ДРОБОТ — ХИРУРГ-СТОМАТОЛОГ «ПЕРВОЙ ПРОФЕССОРСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ», ЧЛЕН ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ, КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК. ОКОНЧИЛ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ОМСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА. УЧИЛСЯ В ЦНИИ СТОМАТОЛОГИИ. РАБОТАЛ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ПЕРВОЙ ГРАДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МОСКВЫ. С 1998 ГОДА ВЕДЕТ ПРИЕМ В «ПЕРВОЙ ПРОФЕССОРСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ».

BUSINESS GUIDE: Как вы стали стоматологом?

ГРИГОРИЙ ДРОБОТ: Случайно, хотя говорят, что случайностей не бывает. По окончании школы у меня было три пути: поступить в Омский мединститут, пойти в Новосибирский университет лесного хозяйства или стать дальнобойщиком на международных рейсах в «Совтрансавто». Я начал с мединститута. Стоматологию выбрал, потому что нужно было учиться на один год меньше, чем на других факультетах. Конкурс на стомфак тогда был 12 человек на одно место, но у нас была прекрасная школа, замечательные учителя по биологии, химии, русскому и литературе, и я поступил.

После третьего курса мне предложили перевестись в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге, но, съездив туда, я понял, что особых перспектив в плане работы не будет, даже если ты семи пядей во лбу — у каждого свои дети. . . Я вернулся домой, окончил мединститут, прошел интернатуру и увлекся челюстно-лицевой хирургией. Работал в 11-й медсанчасти Омска интерном челюстно-лицевой хирургии. Приходилось не только лечить зубы, но иметь дело с травмами (переломами нижней и верхней челюсти, орбит глаза, носа), воспалительными и онкологическими заболеваниями головы и шеи. Потом была ординатура — следующая ступень последиplomного образования.

ВГ: Как вы попали в Москву?

Г. Д.: Как-то я зашел в кабинет к нашему завкафедрой Петру Ивановичу Ивасенко. У него на столе лежало направление на курсы повышения квалификации в Москву, в ЦНИИ стоматологии на курс по микрохирургии головы и шеи. В начале 90-х госструктуры не финансировали эти поездки, а у специалистов не было интереса. Времена были тяжелые, за все нужно было платить, в том числе за проживание. Ну а я поднакопил денег и полетел. Был замечательный курс, мне все очень понравилось, и я решил остаться. Я поступил в аспирантуру к Александру Ивановичу Неробееву и поселился в общежитии банно-прачечного комбината на Домодедовской. В то время я работал челюстно-лицевым хирургом в Первой градской больнице — лечил травмы и воспаление. Это было очень полезно для профессионального роста. У меня до сих пор замечательные воспоминания.

В 1997 году я защитился, Лена — жена моя — защитилась в 1998-м, она тоже стоматолог. Темой кандидатской диссертации у меня было «Устранение дефектов нижней челюсти комбинированными эндопротезами». Я хотел стать хирургом-косметологом, но мой научный руководитель А. И. Неробеев посоветовал мне пойти на курс дентальной косметики на его же кафедре в Академии последиplomного образования. В 1998 году я познакомился с Володей Новиковым, он пригласил меня в

ТЫ ДОЛЖЕН МАКСИМАЛЬНО МНОГО ПОНИМАТЬ В СВОЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ. ПОТОМУ ЧТО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ, У ТЕБЯ ДОЛЖНА СКЛАДЫВАТЬСЯ ЦЕЛОСТНАЯ КАРТИНА. НУЖНО ОЧЕНЬ ЧЕТКО ПОНИМАТЬ, ГДЕ, КАК И ЧТО ПРИМЕНЯТЬ



МАСТЕРСКАЯ



ГРИГОРИЙ ДРОБОТ КАЖДУЮ ОПЕРАЦИЮ МЫСЛЕННО ПОСВЯЩАЕТ КОМУ-ТО ИЗ БЛИЗКИХ. ЭТО ДАЕТ СТИМУЛ И ОПРЕДЕЛЯЕТ ВЫСОКИЕ КРИТЕРИИ В РАБОТЕ

«Профессорскую стоматологическую клинику», где я и работаю до сих пор хирургом-стоматологом.

ВГ: Не жалко было уходить из Первой градской?

Г. Д.: Работая в госучреждении такого формата, важно почувствовать момент, когда нужно уходить. . . Ведь когда ты начинаешь работать, тебе все интересно, ты воспринимаешь больного не только как пациента, но и как человека вообще. Но в государственной клинике поток людей колоссальный. Обычно у нас было два дежурных врача, а иногда поступало до 30 пациентов за сутки. У меня было ощущение профессионального роста, но ощущения внутреннего развития уже не было.

На мой взгляд, когда пациент перестает быть для врача личностью, это своего рода деградация. Мне кажется, врач не должен быть безразличным, он должен понимать, кто перед ним сидит. На мой взгляд, это гораздо важнее, чем все, что ты будешь делать потом.

ВГ: В рамках частной стоматологии вас ничего не сковывало в профессиональном плане?

Г. Д.: Поначалу сковывало отсутствие размаха, ведь стоматология — это более узкий сегмент, чем челюстно-лицевая хирургия. Было сложно понять, почему ты должен заниматься одним и тем же. Но когда глубже погружаешься в проблему, оказывается, что там достаточно много подводных камней, которые тебе интересны. Ты понимаешь, что не бывает двух одинаковых операций. Есть понятие стандартных подходов, но каждая операция сугубо индивидуальна. Обычно я мысленно посвящаю операции кому-то из близких — жене, сыну, маме, папе, сестре. Это дает стимул.

В конце 90-х в клинике открывались очень интересные перспективы. Мы уже могли позволить себе выезжать за рубеж, в том числе на международные конгрессы и симпозиумы. Коллектив был молодой. У нас был информационный голод — нам все было интересно. . . Когда ты понимаешь, что не один двигаешься в том или ином направлении, что у тебя есть единомышленники, которым это тоже интересно, тогда возникает замечательный вкус профессионального роста и, можно сказать, успеха. . . В рамках клиники мы выстраивали некую структуру, которая не похожа ни на что другое, отлична от всего того, что происходит вокруг.

ВГ: Какая структура клиники на ваш взгляд наиболее оптимальна?

Г. Д.: Мне кажется, прежде всего должно быть практически полное взаимопонимание между специалистами, которое вырабатывается годами. Это внимательное отношение к пациенту, стремление понять, что происходит с людьми. Это качество лечения, внедрение эффективных технологий, которые действительно дают результат. Например, на мой взгляд, важно наличие микроскопов в клинике: лучше весь цикл манипуляций производить под увеличением — начиная от постановки пломб и лечения каналов и заканчивая хирургией и протезированием.

ВГ: Почему вы решили специализироваться на имплантации?

Г. Д.: Имплантация — очень интересное, перспективное, революционное направление, реальная альтернатива съемным протезам, но это лишь одно из направлений в стоматологии. Нет такой специальности, как имплантолог, это достаточно узкое понятие. Существует общее понятие «стоматолог», либо «хирург-стоматолог», либо «стоматолог-пародонтолог». Это человек, который разбирается в общей проблеме и понимает общую ситуацию, не только в полости рта, но и в целом в организме пациента.

За рубежом имплантация появилась в конце 60-х — начале 70-х годов, а в нашей стране стала развиваться лишь в середине 90-х. Во времена железного занавеса у нас было свое понимание науки вообще и стоматологии в частности. . . Тогда наши научные «мастодонты» не воспринимали имплантологию всерьез. Проблема усугублялась тем, что в то время не было открытого доступа к научной медицинской литературе.

На международные конференции в лучшем случае ездила верхушка — чиновники от здравоохранения и руководители медучреждений. И новым идеям просто не давали развития. Так было «утоплено» немало перспективных направлений — генетика, кибернетика, стволовые клетки. . . . К тому же развивать имплантологию мы тогда просто не могли из-за отсутствия технологий. Не было научных исследований, не было опыта, и, что самое главное, в нашей стране зачастую отсутствовало такое понятие, как «реабилитация». Этому есть свое объяснение. Вся история нашей страны связана с какими-то экстремальными ситуациями, поэтому главной задачей было спасти человека жизнь, а как он будет жить дальше — никого не интересовало. Поэтому мы всегда отставали в таком медицинском аспекте, как улучшение качества жизни пациента.

Мне кажется, у нас даже не было «рынка» методик улучшения качества жизни, не было соответствующей культуры. . . Целые поколения всегда были озабочены тем, как им выжить, как заработать, что поесть. . . Но начало 90-х было неким стартом для того, чтобы это направление появилось и у нас, появились и новые подходы к лечению.

В современной стоматологии процесс лечения можно разделить на три этапа: предоперационный период, сама манипуляция и послеоперационный период.

Операцией можно называть любую манипуляцию, связанную с лечением зубов: постановка пломбы, лечение каналов, удаление зуба, установка имплантата или коронки. Предоперационный этап включает диагностику и подготовку пациента к дальнейшим манипуляциям. Послеоперационный период заключается в поддерживающей терапии. При этом сама операция может быть непродолжительной. В ходе диагностики мы констатируем исходные данные, анализируем их, прогнозируем результат. При этом мы даем пациенту достоверную информацию о его костной ткани, прикусе, состоянии зубов, гигиене и, если нужно, общем состоянии. При необходимости пациент сдает определенное количество анализов. Это позволяет понять общее состояние его здоровья и исключить возможные осложнения, которые могут дать такие хронические заболевания, как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, почек, печени, сердечно-сосудистой системы. . . Поэтому, прежде чем приступить к лечению, необходим многофакторный анализ ситуации. Это влияет на тактику и выбор лечения.

Когда все понимаешь про пациента, можно заменить имплантацию на альтернативный метод лечения. Сначала нужно разобраться в человеке, понять, что с ним происходит, а уже потом предпринимать какие-то действия. Поэтому иногда самая лучшая операция — это несделанная операция. . .

ВГ: Вы хотите сказать, что врач в частной клинике может отказаться от операции, даже теряя деньги?

Г. Д.: Абсолютно верно. Это один из основополагающих принципов для специалиста и человека вообще. Я сейчас не говорю про какие-то неотложные состояния — это отдельная история. Я говорю про плановые операции по улучшению чего-то. Бывает, что они не нужны. То есть не нужно ставить имплантаты там, где нет необходимости. Не нужно навязывать свое мнение пациенту, не нужно излишней мотивации. С пациентом нужно быть предельно честным. И абсолютно четко ему объяснить, что ты можешь сделать и что сделать не можешь. Самое главное, не быть равнодушным, профессионально хладнокровным. Этим определяется, врач ты или не врач, можешь ты лечить людей или не можешь. Поэтому врачи бывают хорошие либо очень хорошие. Плохих врачей быть просто не может.

ВГ: Как в наши дни найти хорошего специалиста и как, в свою очередь, врач может заявить о себе?

Г. Д.: С моей точки зрения, надо запретить рекламу медицинских услуг как таковых, потому что хорошему врачу реклама не нужна. Тут срабатывают рекомендации. Если ты хороший доктор, у тебя есть свои пациенты, если нет — ну, извини. На сегодняшний день сообщить о себе несложно. Достаточно создать страничку в интернете, выложить портфолио, показать свои работы. . . На такой страничке можно реально проверить специалиста, посмотреть отзывы людей. . .