

СПАСАТЬ ЛЮДЕЙ — ОГРОМНОЕ СЧАСТЬЕ

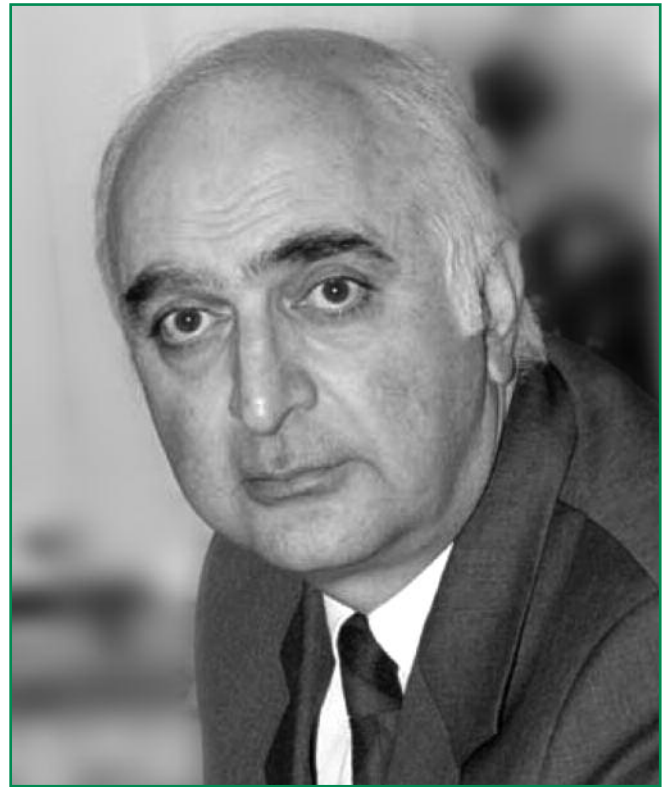
Так считает главный специалист Минздрава России по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, руководитель отделения Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева академик РАМН Баграт Алекаян. В беседе с корреспондентом журнала он рассказал о себе, своей работе и о медицинских технологиях спасения человеческих сердец

– Баграт Гегамович, расскажите, пожалуйста, как Вы стали врачом?

– Есть хорошая русская пословица: нет худа без добра. Так и в моей жизни. Не заболел бы я в детстве, может быть, и не стал бы врачом — в моей семье медиков не было. Были инженеры, педагоги, биологи. Когда я заболел, меня привезли лечиться в Москву. В больнице все, кто меня окружал, относились ко мне с такой теплотой, заботой и вниманием — начиная от нянечек и кончая специалистами, что мне захотелось стать таким же, как они. Когда вылечился, вернулся в Ереван, окончил школу и поступил в мединститут. Правда, в моей жизни был еще один замечательный человек в белом халате — наш сосед, ведущий терапевт Армении профессор Тигран Сергеевич Мнацаканов. Он всегда говорил, что я буду его помощником. Его слова, видимо, тоже сыграли роль в выборе профессии. Сейчас, когда стал врачом, понимаю: спасать людей — огромное счастье. Мы каждый день видим результаты своего труда, как правило, положительные.

– О чем думаете, приступая к операции?

– Перед тем, как взять в руки хирургические инструменты, оцениваю показания к операции. При наличии альтернативного метода лечения никогда не настаиваю на своем методе — уверен в том, что выбор между медикаментозным лечением или оперативным вмешательством должен принимать пациент и его близкие. Наша задача — понятно объяснить им, в какой ситуации находится больной в данный момент. Финансовая заинтересованность сегодня не может быть мотивацией для того или иного хирургического вмешательства: практически все операции для российского пациента бесплатные, выполняются за счет федеральных квот. Период, когда пациенты оплачивали всю стоимость операции из своего кармана, закончился. С 2007 г. на сердечно-сосудистые операции правительство выделяет 203000 рублей на одного пациента. В нашем центре мы выполняем 12 тысяч таких операций ежегодно.



– Что для Вас важнее: профессионализм коллег и помощников или их человеческие качества?

– Вопрос непростой. Отвечу так: профессионализм врача в операционной крайне важен. Но пациент после операции нуждается также в уходе. И если медицинский работник не в состоянии оказать такой вид помощи, ему нельзя доверить послеоперационный этап. Команда, с которой я работаю, состоит из настоящих профессионалов, обладающих высокими человеческими качествами. В коллективе за многие годы создана определенная морально-этическая атмосфера. Люди, не принимающие этого, как правило, в нашем коллективе не задерживаются. Я счастлив, что работаю с хорошими людьми — и в человеческом, и в профессиональном отношении.

– От чего зависит успех лечения?

– Во-первых, от своевременного обращения пациентов к врачам, а также от того, насколько правильно мы оценили состояние больного до операции. Кроме того, важно работать по единым стандартам. К сожалению, бывает так, что одно и то же заболевание лечат по-разному. Это очень плохо. В России, правда, последнее время уделяют много внимания внедрению стандартов оказания медицинской помощи, их перечень утвердило Министерство здравоохранения. Стандарты отработаны на основании опыта российских и зарубежных специалистов.

– Что Вы вкладываете в понятие «культура медицины»?

– Это многогранное понятие. Одна из граней – отношение медицинского персонала или работника медучреждения к пациенту. К сожалению, сегодня поступает огромное количество жалоб на врачей, идут судебные тяжбы. Мое глубокое убеждение, что в 95% случаев виноват врач. И вот почему. Мы должны очень хорошо работать с пациентом. Если бы врач нашел время до операции и объяснил пациенту и его близким, что ждет больного в том или ином случае, количество жалоб резко сократилось бы.

Я всегда беседую и с пациентом, и с его родными, которые должны понимать тяжесть состояния и сами принимать решение. Предупреждаю об опасностях и осложнениях операции. Если об этом не говорить (несмотря на то, что они формально дают расписку о согласии на операцию), и не дай Бог, что-то случится, у врача будут серьезные проблемы. Но иногда они возникают, когда пациенту или его родным нагрубят в стенах медицинского учреждения, и неважно, где – в гардеробе или в палате. Грубияны есть в любой отрасли. Но таких нельзя допускать к работе с людьми – не только к лечению, но и к выдаче пальто.

– Как Вы пришли в эндоваскулярную хирургию?

– Это произошло само собой. Дело в том, что в моей трудовой книжке только одно место работы: Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, меняются только должности. В одном отделении я работаю уже 38 лет – с 1975 г. Мои учителя – академик Владимир Иванович Бураковский и профессор Юрий Самуилович Петросян взяли меня на самую младшую должность – старшего лаборанта.

Когда я пришел в Центр, никакой эндоваскулярной хирургии не было. Мы занимались чистой диагностикой. Выполняли катетеризацию сердца и сосудов, вводя контрастное вещество, и точно диагностировали заболевание. Когда в 1978 г. появился метод эхокардиографии, я понял, что метод ангиокардиографии уходит. Тогда я решил пойти к академику В.И. Бураковскому и попросить его перевести меня в кардиохирургию. По тем или иным причинам этот перевод затянулся. В начале 80-х пошел бурный рост эндоваскулярной хирургии – и по порокам сердца, и по коронарной патологии, и по сосудам. Считаю, что мне и моему поколению повезло: когда этот метод начал развиваться, мы оказались на острие. В 1980 г. я защитил кандидатскую диссертацию, в 1986 – докторскую. В 1992 г. возглавил отделение. В 1993 стал профессором, в 2005 – членом-корреспондентом РАМН, а в 2011 – академиком РАМН.

– Как Вы оцениваете прогресс науки и практической медицины в этой области?

– Он феноменальный – и в мире, и в нашей стране. Сейчас основной бич – это ишемическая болезнь, инфаркты. В Америке, например, сегодня выполняется 1150000 стентирований коронарных артерий в год, это колоссальная цифра. В России в 2001 г. выполняли 3800 операций в год, сейчас – 62 тысячи. За 10 лет стали делать в 15 раз больше. Это серьезный прорыв. Появились принципиально новые методы лечения пороков сердца у новорожденных – с помощью катетерных технологий: закрытие открытого артериального протока, дефекта межпредсердной и межжелудочковой перегородок, баллонное расширение сужений клапана аорты и легочной артерии. Лечим коронарную болезнь сердца: практически 70% больных лечатся методом стентирования, а 30% – шунтированием коронарных артерий. Большинство сосудистых заболеваний мы также лечим без скальпеля – эндоваскулярными технологиями. Сегодня стало возможным заменять клапан аорты через бедренную или подключичную артерии без разреза грудной клетки. Это реальная революция в медицине!

Сегодня появились биорассорвимые стенты. Вы имплантируете стент пациенту в коронарную артерию, и в течение двух лет он растворяется, а сосуд остается нормальным.

– Каким Вы видите будущее интервенционной кардиологии и кардиохирургии, что мы будем уметь делать через 5, 10, 20 лет?

– Через 5–10 лет можно прогнозировать колоссальный прорыв. Но не знаю, что будет через 20 лет, и скажу, почему. Сегодня уже появляются препараты, которые останавливают развитие атеросклероза, может быть, через 10–15 лет появятся таблетки, которые заменят скальпель, и сердечно-сосудистая и эндоваскулярная хирургия уйдут. Но на наш век, думаю, всем хватит работы.

– Вас по праву считают светилом отечественной медицины. Скажите, пожалуйста, что Вы считаете главным своим достижением на сегодняшний день?

– Наша команда осуществила прорыв в эндоваскулярной хирургии врожденных пороков сердца. Это было совершенно новое направление, и сегодня в России мы в нем абсолютные лидеры. С большим трудом в 2009 г. нам удалось ввести нашу специальность в государственный реестр. Теперь, так же, как кардиология и кардиохирургия, она идет отдельной строкой. Мы разработали образовательные программы, начали подготовку специалистов в стране. Мои коллеги делают все операции, существующие в мире. Используя эндовас-

кулярные технологии, мы лечим детей с пороками сердца в возрасте от двух часов от роду. Можно сказать, что в стране этот метод лечения детей поставили мы. Владимир Иванович Бураковский широко внедрил хирургические методы лечения врожденных пороков сердца в СССР, а его ученик — директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева РАМН, академик Лео Бокерия с коллективом совершили огромный прорыв в этом направлении. В Центре сегодня мы оперируем около 4 тысяч детей с врожденными пороками сердца, из которых 1000 подвергается эндоваскулярному лечению. В настоящее время диагноз «порок сердца» можно поставить в утробе матери, так что на операционный стол ребенок попадает прямо в день рождения. Через 5–6 дней родители забирают здорового ребенка домой. Без операции, кардиохирургической или эндоваскулярной, процентов 30 детей умирает в первый год жизни.

В России выполняют все эндоваскулярные операции, которые делаются в мире. Объемы не такие большие, требуют тиражирования, но за последние четыре года благодаря финансам, которые пришли в здравоохранение, мы увеличиваем количество эндоваскулярных операций на 20–22% в год, ни в одной стране не было подобного роста. С таким финансированием через 7–8 лет мы можем выйти на среднеевропейский уровень, что принципиально важно.

Если говорить о новых технологиях, то впервые в России транскатетерную имплантацию аортального клапана мы выполнили в Бакулевском центре в 2009 г. Но это дорогая технология: один клапан стоит 40 тысяч долларов. К сожалению, государство пока не может оплатить все такие операции, но надеемся, что оно будет закупать хоть какое-то их количество, и мы будем оказывать помощь людям.

– Практические кардиологи и терапевты, работающие с кардиологическими больными, не всегда ясно представляют, когда следует рассматривать интервенционные стратегии лечения ИБС в качестве альтернативы традиционному фармакотерапевтическому подходу. Расскажите, пожалуйста, о показаниях и противопоказаниях направления больных на коронарографию для решения вопроса о применении интервенционных и хирургических методов лечения.

– Это действительно так: к сожалению, наши кардиологи, терапевты на местах мало информированы в этой области и поздно направляют пациентов к нам. Тяжелейших больных — от одного инфаркта до другого — лечат таблетками. Это нонсенс. Сегодня разработаны рекомендации по лечению таких больных. Если человек перенес инфаркт миокарда, его в обязательном порядке надо обследовать. Сделать коронарографию, опреде-

лить прогноз больного и решать, что с ним делать. Летальность от острого инфаркта миокарда — 20–25%, остальные 75% пациентов, перенесших острый инфаркт, становятся инвалидами. Это беда!

Хорошо, что сегодня государство уделяет серьезное внимание этой проблеме. Минздрав РФ разработал программы оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями после инфаркта миокарда и острого инсульта. Во всех субъектах Российской Федерации созданы и работают специализированные центры по оказанию помощи больным с инсультами и острыми инфарктами. Их в стране 200, только в Москве 40.

Сегодня задача такая: если у больного острый инфаркт миокарда, его нужно направлять не в обычную городскую больницу, а в специализированные центры. Привезти в операционную, в течение 30 минут открыть сосуд и предотвратить смерть больного. Смерть при инфаркте миокарда, когда выполняется стентирование коронарной артерии, составляет лишь 5%. В 2011 г. в России сделано 25 тысяч операций стентирования у больных с острым коронарным синдромом, а по среднеевропейским стандартам нам уже сейчас необходимо было выполнять 225 тысяч таких операций.

В прошлом году мы сделали 190 тысяч коронарографий, 10 лет назад — только 15 тысяч. Это направление необходимо развивать. Только благодаря ему можно существенно снизить летальность от сердечно-сосудистых заболеваний: часть больных направить на коронарное шунтирование, а большинство — на стентирование. Сегодня 35% людей умирает только от ишемической болезни, еще 18% — от инсультов.

– Считаете ли Вы важным обучение «консервативных» врачей основным принципам ведения пациентов после коронарной ангиопластики и стентирования?

– Да, поликлинические врачи должны быть готовы правильно вести наших пациентов, перенесших операцию. Районные врачи в поликлинике должны придерживаться критериев, прописанных учреждением, в котором оперировался больной. Это важная вещь. А местные врачи иногда отменяют рекомендации специалистов, назначают другие препараты, и мы получаем осложнения. Это большая проблема.

– Каковы риски и особенности диагностики рестеноза, определения прогноза у таких пациентов?

– Это очень хороший вопрос — о рестенозе коронарных сосудов. Появление стентов в лечении больных было революционным. В 1977 г. кардиолог из Швейцарии Andreas Grüntzig впервые сделал операцию с использованием баллонной ангиопластики, и все подумали, что это гениальное решение. Но через полгода 50% больных возвращалось к врачам с теми же проблема-

ми, в области этого сужения наступал рестеноз. Затем в 90-х годах был создан стент. Но через полгода после стентирования стало возвращаться 30% больных: сужения образовывались внутри стента. В 2002 г. начали применять стенты с лекарственным покрытием, которые позволили уменьшить процент возврата больных до 5–7%.

Любой метод лечения требует точного анализа. Сегодня наша задача — выбрать самые лучшие методы лечения, которые позволят оказывать нашим пациентам высокотехнологичную медицинскую помощь.

– Расскажите, пожалуйста, о Вашей семье.

– Я родился в большой семье: мать была педагогом, отец — государственным деятелем Армении. У меня четыре старших сестры. В семье родителей было 9 внуков и 15 правнуков. Я говорю «было», потому что родителей, к сожалению, уже нет. С моей супругой Мариной мы 10 лет учились в одном классе. В прошлом году отметили 40-летие нашей свадьбы, а знакомы мы 53 года. Супруга — кандидат экономических наук, доцент, работала в университете, в Центральном банке, сейчас на пенсии. У нас одна дочь, специалист по маркетингу и бизнесу, по моим стопам не пошла. Хотя когда она училась в 8 классе, подрабатывала в нашем институте еще на Ленинском проспекте, санитаркой. Полгода походила, но когда увидела маленьких детей, которых мы оперировали, сказала, что не может на это смотреть.

– Вы приехали в Москву в советское время, когда все республики были действительно братскими. Сегодня каждая выживает практически в одиночку, вернее, попадает под влияние Запада или России. Что, на Ваш взгляд, предпочтительнее для Армении?

– Исторически Армения была и останется с Россией. Дружеским отношениям наших стран могут позавидовать многие. И я рад этому: окружение Армении такое, что у нее нет альтернативы, кроме дружбы с Россией.

– В России национальный вопрос — одна из самых серьезных проблем. Ощущаете ли Вы какую-то дискриминацию, как «лицо кавказской национальности» или считаете себя русским?

– К моему счастью, за 38 лет, а это большая часть моей жизни, ни разу не почувствовал, что я — «лицо кавказской национальности». Меня воспитали мой дом, родители, книги. Как профессионал я состоялся в России, и все эти годы работал и буду работать на благо России для людей, независимо от их национальной принадлежности.

Наталья Долгушина