

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

© Л. А. БОКЕРИЯ, 2009

Vis medicatrix*

Л. А. Бокерия**

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева
(дир. — академик РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва

Каждый пишуший надеется быть прочитанным, осмысленным и понятным. Каждый страждущий хочет быть удовлетворенным. Каждый пациент, а тем более тяжелый больной, хочет быть вылеченным и вновь ощутить то состояние, в котором он находился до болезни. Каждый из нас имеет право быть счастливым, то есть здоровым. Здоровье — это когда ты можешь позволить себе все, что тебе захочется. Можно не сомневаться в том, что абсолютное большинство людей знает меру своим возможностям, а потому, позволяя себе все, что захочется, разумеется, будет делать то, что надеется реально осуществить.

Но однажды человеку будет сказано, что он не может позволить себе привычного круга занятий или будет вынужден длительное время находиться в постели. Такое состояние может возникнуть из-за болезни или по старости. Сколько больных — столько проблем, которые неожиданно коснутся не только этого человека, но и окружающих его людей. Будет ломаться прежний круг взаимоотношений, и проявятся те, кто способен сострадать, кто способен пожертвовать ради него своим временем, возможностями, а иногда и здоровьем.

На тему о том, как трудно быть больным, написано достаточно много, особенно в руководствах общетерапевтического и общехирургического назначения.

Совершенно очевидно, что в этом контексте наиболее страждущими людьми яв-

ляются врачи. Почему человек выбирает профессию врача? Почему человек, ставший врачом, «лезет» в самое пекло этой специальности, где и смертность очень высока, и связанная с этим атмосфера уныния может превратиться в настоящий смог морального удушья, и где заработки не столь уж высоки?

Я был близко знаком с Уолтоном Лиллехаем — абсолютно легендарной личностью, которого наряду с ученым Джоном Кирклиным считают создателем сердечно-сосудистой хирургии. Считают совершенно справедливо, и никто этого не оспаривает. Вскоре после смерти Уолтона Лиллехая появилась замечательная книга под названием «Король Сердца». То, что написано в этой книге, подтверждает ряд фактов, которые мне были известны из личного общения с Уолтоном. Итак, первая операция на открытом сердце с использованием аппарата «сердце—легкие» была выполнена в 1953 г. Джоном Гиббоном. В результате последующих 17 операций на открытом сердце, выполненных в том числе и Уолтоном Лиллехаем, все пациенты умерли. А Лиллехай вообще вместо аппарата «сердце—легкие» стал использовать «живой насос» — отца или мать, к ним специальными трубочками подсоединялся ребенок, которому выключали сердце для выполнения внутрисердечного этапа операции. Таким образом, Уолтон Лиллехай пошел против всех

* Врачующая сила.

** E-mail: leoan@online.ru

существовавших тогда представлений (не изменившихся и по сей день), когда в результате операции могли погибнуть и ребенок, и его родитель. К счастью, никто из родителей не умер. Но умирали дети. И Лиллехай, идя на операцию, слышал за спиной шепот медицинского персонала и слово «убийца!». А что же больные? Почему они, зная о результатах операций, шли на этот жизнеугрожающий риск? Да, им трудно было жить. Да, они были ограничены в своей физической активности, нередко с трудом дышали, с трудом передвигались, но они были живы. И при этом выбирали неизвестный для себя путь.

...Уолтон Лиллехай в молодости был плебоем. Все ему в жизни давалось очень легко. Однако в возрасте примерно 35 лет у него диагностируют злокачественное новообразование в переднем средостении с метастазами на шею, и он подвергается обширнейшей операции, которая закончилась исцелением вопреки мрачным прогнозам некоторых лечивших его врачей. Но при этом уже известный кардиохирург становится кривошеим. Заниматься хирургией сердца он начинал, будучи здоровым человеком, затем длительное время практиковал после перенесенной тяжелейшей операции. Кстати говоря, его учеником был Кристиан Барнард, первым в мире осуществивший мечту человечества и пересадивший сердце от одного человека к другому.

Мы все хорошо знаем, что молодой человек, направляющий свои стопы в медицину, тем более обратившийся к таким ее разделам, которые связаны с жизнеопасными заболеваниями, не может надеяться на то, что он разбогатеет. И тем не менее он идет туда. Это и есть страждущий человек, который на какое-то время становится для другого человека — своего пациента ближе и значимее, чем родители и самые близкие люди.

У Владимира Даля в его «Толковом словаре великорусского языка» есть такое словосочетание, как «стражда по стражду-

щим». Это означает «сострадаю». В руках современного врача — огромный арсенал диагностического и лечебного пособия, который позволяет ему перевести сострадание на пользу своего пациента, сделать его практически здоровым или совершенно здоровым. Но дополнительная миссия современного врача состоит еще в том, чтобы весь этот арсенал непрерывно продвигать вперед — в своих интересах, как представителей страждущей специальности, и, естественно, главное — в интересах больных и страждущих, к которым кроме пациентов, безусловно, относятся их близкие родственники и друзья.

Если говорить конкретно о больном кардиологического профиля или о больном, имеющем наряду с другими заболеваниями проблему кардиологического свойства, то дилемма как раз состоит в том, чтобы не запутаться в многочисленных суждениях, публикациях, рекомендациях и т. д. И эта ситуация беспокоит очень многих.

На что должен ориентироваться врач в своей деятельности? Как он может поступить в случае с трудным больным, если не работает в НИИ, областной больнице, другом крупном учреждении, где можно обратиться к консилиуму и выбрать наиболее оптимальный вариант лечения больного?

Для меня совершенно очевидно, что судьба врача в его собственных руках. Это не может быть однокомпонентная система рекомендаций. Абсолютно ясно, что мы, врачи, не можем не считаться с тем, что в основе нашей специальности заложен в качестве логотипа вердикт сознания, философское начало, которое позволяет нам строить догадки, переводить их в плоскость рассуждений, выявлять истину и ставить диагноз. Мы не можем не считаться с тем, что, получая уникальные данные с помощью инструментальных методов исследования, мы должны иметь свою базу знаний для оценки и правильного применения этих данных. Мы не можем не считаться

с тем, что предлагают нам рандомизированные исследования, но при этом необходимо быть чрезвычайно внимательными, расчетливыми и практичными при перенесении таких знаний на конкретную ситуацию. Мы, врачи, представители весьма корпоративной специальности, существующей не одно тысячелетие. Но мы должны быть независимы в своих суждениях друг от друга для торжества истины. Нельзя принимать за истину все вышеизложенное без собственного анализа, потому что будет продолжение, и тогда потребуются собственный анализ, иначе пациент и страждущие за него не примут вердикта и уйдут к другому врачу, при этом потеряв часть надежды на полное исцеление.

Выход в свет номера журнала, который вы держите в руках, приурочен к IV международной конференции по креативной кардиологии и посвящен вопросам, которые будут на ней обсуждаться. Креативная кардиология — это новый предмет в конкретный период времени, и касается он диагностики, лечения и других способов решения самых разнообразных проблем кардиологического профиля. Отличительной чертой нынешнего периода является продолжающееся накопление арсенала альтернативных подходов к диагностике и лечению кардиологического больного.

Совершенно очевидно, что сегодня врачебная практика располагает эффективными методами лечения ишемической болезни сердца, в том числе в сочетании с поражением других бассейнов сосудистой системы, а также с интерактивной патологией. Своевременное использование эндоваскулярных методов лечения при нестабильной стенокардии или их применение в ближайшие 2–6 часов после развития инфаркта миокарда существенно снижает летальность, уменьшает частоту осложнений и укорачивает период болезни. Использование новейших эндоваскулярных устройств позволяет добиться почти таких же результатов, как хирургические методы лечения, с меньшей летальностью. Как кар-

диохирург считаю необходимым сказать, что всегда стремлюсь рекомендовать для лечения наименее травматичный, наиболее безопасный и эффективный метод лечения. В нашем Центре выполняется самый большой в стране объем эндоваскулярных пособий (в том числе при врожденной патологии, приобретенных пороках сердца, ишемической болезни сердца, сосудистой патологии), включая интервенционную электрофизиологию. Мы знаем из истории, что увлечение методическим пособием, диктат техники тормозит естественное развитие специальности, отвлекает наиболее способных специалистов от реальности. Полагаю, мы все понимаем, что нельзя решить все проблемы больного кардиологического профиля только путем чрессосудистого доступа. Любой специалист ахнет, увидев результат устранения гипертрофии межжелудочковой перегородки при обструктивной кардиомиопатии путем транскатетерного введения алкоголя в ветвь передней межжелудочковой артерии: пережив локальный инфаркт миокарда, эта часть перегородки полностью выпадает из сокращения, а между тем она находится в выводном отделе обоих желудочков. К тому же, что встречается не реже, повреждается не та часть перегородки, которая наиболее гипертрофирована, так как точно локализовать артерию, проходящую в гипертрофированной части перегородки, сложно. Наконец, эта методика не менее чем в 20% случаев дает осложнения в виде полной поперечной блокады, а нередко приводит к угнетению функции атриовентрикулярного узла и формированию условий для развития желудочковой тахикардии. Мне доводилось неоднократно оперировать пациентов, перенесших эту процедуру, и можно документально показать, какой вред приносит желание любыми способами добиться решения проблемы ради применения эндоваскулярного пособия.

Аналогичные аргументы можно привести для случаев лечения больных с фибрил-

ляцией предсердий, когда в результате массивного радиочастотного воздействия на левое предсердие оно почти полностью превращается в рубец и перестает не только выполнять функцию одной из наполнительных камер сердца, синхронизирующей его деятельность, но и приводит к формированию массивного фиброза в тканях, прилегающих к задней поверхности сердца.

Предпринимаются попытки решить проблему механических осложнений инфаркта миокарда с помощью эндоваскулярного подхода: речь идет об аневризме сердца, постинфарктном дефекте межжелудочковой перегородки, постинфарктной митральной недостаточности. Но все это пока в основном в стадии экспериментальных разработок. Между тем разработанный нами совместно с В. Ю. Мерзляковым фактически «гибридный» подход к лечению таких больных позволит свести к минимуму хирургическую летальность. Имеется в виду, что у больных с ИБС и механическим осложнением инфаркта миокарда первым этапом на работающем сердце выполняется его реваскуляризация, а затем в условиях нормотермического искусственного кровообращения без кардиopleгии устраняется механическое повреждение под контролем зрения.

Есть много других примеров, когда имеется крен в сторону одного (эндоваскулярного), другого (хирургического) или третьего (медикаментозного) путей лечения. Мы знаем, насколько запущенными бывают больные, которые очень длительно лечатся медикаментозно и которые обращаются в специализированные стационары при уже очень низкой фракции выброса или с тяжелейшим кальцинозом клапанов, на фоне выраженной сердечной недостаточности.

Все вышесказанное является для меня очень существенным. Я практический врач с более чем 40-летним опытом работы. Начиная с 1975 г. по поручению моего

учителя Владимира Ивановича Бураковского работаю с молодыми специалистами в нашем Центре. Очень много лет в этой работе мне активно помогал прекрасный специалист, труженик и выдающийся эндоваскулярный хирург член-корреспондент РАМН Б. Г. Алекаян, а затем принял от него эту эстафету профессор Б. Е. Нарсия. Наблюдая за нынешним составом наших преемников – ординаторов, аспирантов, докторантов, убеждаюсь в том, что лучшие из них впитали в себя и лучшие традиции, и стремление стать хорошими врачами.

Еще одна важная тема, упомянутая выше, – это независимость суждений врача. Она может строиться только на основе профессионализма, образованности, личностного восприятия происходящего. Врачебная карьера, ее виденье конкретным специалистом, ее восприятие нашими коллегами является исключительно важным элементом для созидательной работы вообще и для благоприятного исхода болезни у пациентов этого специалиста.

В связи с этим от предстоящей IV международной конференции по креативной кардиологии ожидаю принципиально важных выводов для обобщения существующего опыта использования новых методов диагностики и лечения больных кардиологического профиля.

Что же касается журнала, который вы держите в руках, нет сомнений в том, что, как и предыдущие номера, он позволит читателю познакомиться с современными подходами к диагностике и лечению наиболее сложной категории больных. В журнале есть описание и новых диагностических пособий, и исключительно интересного клинического случая, и новых подходов к лечению ишемической болезни сердца.

Хочу особо отметить вклад члена-корреспондента РАМН Е. З. Голуховой в подготовку этого номера журнала – интересного по содержанию и хорошо документированного.