

Ишемическая болезнь сердца

© М.Д. Алшибая, 2017

УДК 616.132.2-089(091)

М.Д. Алшибая

К ЮБИЛЕЮ ОПЕРАЦИИ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ЕЩЕ РАЗ ОБ ЭТОЙ ИСТОРИИ, ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ВЫГОРАНИИ И ТРУЭНТИЗМЕ

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) Минздрава России, Рублевское ш., 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Алшибая Михаил Дурмишханович, доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением, orcid.org/0000-0002-8003-5523

Какую дату следует считать днем рождения операции аортокоронарного шунтирования (АКШ)? Такой вопрос поднимает в своей недавней публикации историк медицины Дэвид Джонс. По-видимому, наиболее важным событием в истории операции АКШ было первое успешное коронарное шунтирование, выполненное Рене Фавалоро ровно 50 лет назад, в октябре 1967 г. В данной статье сделана попытка установить другие важнейшие вехи истории операции АКШ в связи с еще некоторыми проблемами – так называемым синдромом эмоционального выгорания и труэнтизмом.

Ключевые слова: аортокоронарное шунтирование; история медицины; синдром эмоционального выгорания; труэнтизм.

Для цитирования: Алшибая М.Д. К юбилею операции коронарного шунтирования: еще раз об этой истории, об эмоциональном выгорании и труэнтизме. *Креативная кардиология.* 2017; 11 (3): 202–11. DOI: 10.24022/1997-3187-2017-11-3-202-211

Для корреспонденции: Алшибая Михаил Дурмишханович, e-mail: alshibaya@mail.ru

M.D. Alshibaya

FOR THE ANNIVERSARY OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING: AGAIN ABOUT THIS STORY, ABOUT BURNOUT AND TRUENTISM

Bakoulev National Scientific and Practical Center for Cardiovascular Surgery, Ministry of Health of the Russian Federation, Rublevskoe shosse, 135, Moscow, 121552, Russian Federation

Alshibaya Mikhail Durmishkhanovich, Dr. Med. Sc., Professor, Head of Department, orcid.org/0000-0002-8003-5523

What date must we indicate as the birthday of coronary artery bypass grafting (CABG)? This question arises from recent publication of medical historian David Jones. The most important event in the history of CABG was probably the first successful case of Rene Favalaro performed 50 years ago, in October, 1967. In this paper we try to state other main landmarks of the history of CABG in connection with some problems like so-called emotional burnout and truantism.

Keywords: coronary artery bypass grafting; history of medicine; emotional burnout; truantism.

For citation: Alshibaya M.D. For the anniversary of coronary artery bypass grafting: again about this story, about burnout and truentism. *Kreativnaya Kardiologiya (Creative Cardiology)*. 2017; 11 (3): 202–11 (in Russ.). DOI: 10.24022/1997-3187-2017-11-3-202-211

For correspondence: Alshibaya Mikhail Durmishkhanovich, e-mail: alshibaya@mail.ru

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received June 27, 2017

Accepted July 5, 2017

Повод для того, чтобы еще раз вернуться к данной теме, есть. В 2017 г. исполняется 50 лет с момента первого успешного выполнения операции аортокоронарного шунтирования. Событие это произошло в Кливлендской клинике 9 мая 1967 г. Операция, успешно проведенная в тот день хирургом Рене Фавалоро, не являлась, строго говоря, аортокоронарным шунтированием. Аргентинский хирург, в 1962 г. приехавший в Кливленд и под руководством тогдашнего шефа клиники Дональда Эффлера и пионера коронарографии Ф.М. Соунса занявшийся хирургией ишемической болезни сердца, тогда, 50 лет назад, выполнил так называемую «венозную интерпозицию». Р. Фавалоро резецировал пораженный участок правой коронарной артерии, заменив его аутовенозным трансплантатом с двумя анастомозами конец-в-конец. Идея была позаимствована у сосудистых хирургов, которые в то время выполняли подобные вмешательства при стенозах и аневризмах почечных артерий. Еще 13 операций на коронарных артериях Р. Фавалоро выполнил по этой методике, и только в ходе 15-й операции, почти случайно, в силу анатомических особенностей поражения коронарной артерии, имплантировал проксимальный анастомоз аутовенозного кондуита в восходящую аорту и тотчас понял, что нашел оптимальный метод. Это произошло 19 октября 1967 г. Так какую же дату следует считать истинным днем рождения аортокоронарного шунтирования?

Такой вопрос поднимает американский историк медицины из Гарвардского университета Д.С. Джонс в статье, недавно опубли-

кованной на страницах знаменитого журнала «The New England Journal of Medicine» [1]. Название статьи говорит о многом: «Коронарное шунтирование в год своего 50-летия (или 107-летия?)». Действительно, от какой даты следует вести отсчет истории коронарной хирургии? Дело в том, что первая экспериментальная попытка выполнения шунтирования коронарной артерии относится еще к 1910-му г. Алексис Каррель, изобретатель сосудистого шва и Нобелевский лауреат, в эксперименте на собаке использовал сонную артерию в качестве шунта между нисходящей грудной аортой и коронарной артерией, имея целью создать обходной путь кровотоку при окклюзии проксимального сегмента венозного сосуда. Эксперимент закончился неудачей: вскоре после пережатия коронарной артерии для формирования анастомоза возникла фибрилляция желудочков. А. Каррель пришел к выводу, что успех может быть достигнут в том случае, если кровоток по коронарной артерии прерывается не более чем на 3 мин. За это время он при всем своем огромном опыте был не в состоянии выполнить анастомоз с коронарной артерией. Д.С. Джонс считает, что именно эта неудача привела к поиску новых путей хирургического лечения ишемической болезни сердца, в частности к использованию тиреоидэктомии и симпатэктомии с целью снижения метаболических потребностей миокарда. В действительности идею о том, что эти хирургические процедуры могут привести к улучшению клинического течения коронарной болезни, впервые высказал французский физиолог Ш.-Э. Франсуа-Франк еще в 1899 г.

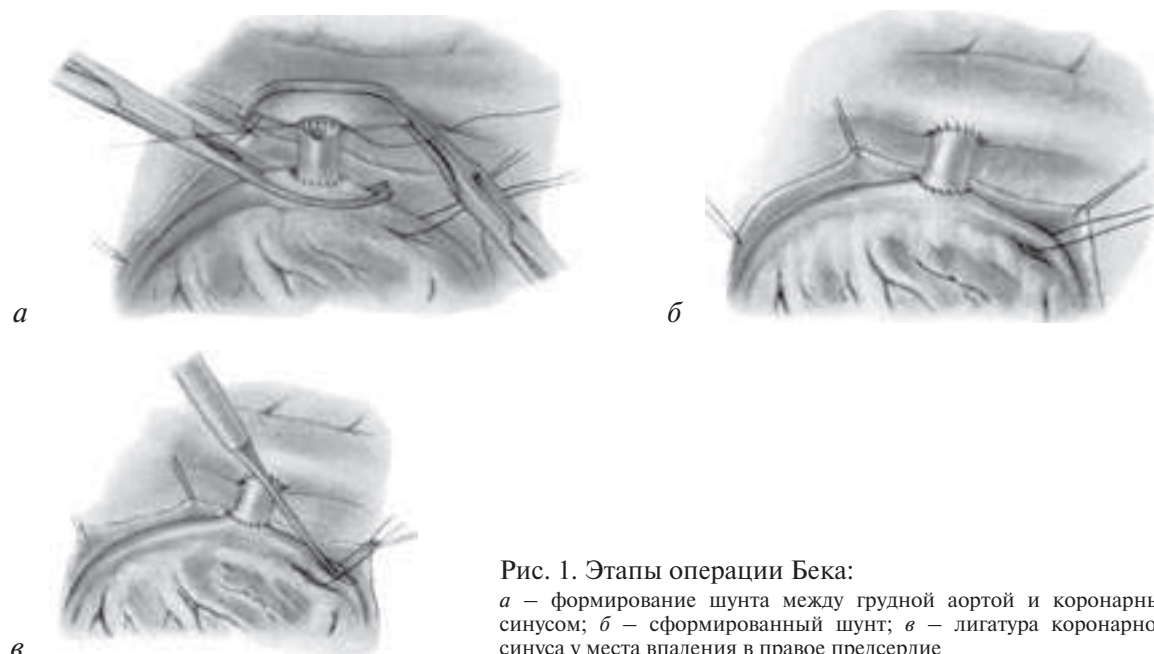


Рис. 1. Этапы операции Бека:

а – формирование шунта между грудной аортой и коронарным синусом; *б* – сформированный шунт; *в* – лигатура коронарного синуса у места впадения в правое предсердие

В 1920–30-е гг. были экспериментально разработаны и использованы в клинике многочисленные методы, направленные на увеличение доставки крови к ишемизированному миокарду. В те годы они получили название «методы реваскуляризации», а позже, с момента внедрения прямых вмешательств на коронарных артериях, их стали называть «методы непрямой реваскуляризации». Пионером в области применения этих методов является американский хирург Клод Бек. Они включали искусственное создание слипчивого перикардита, в расчете на то, что васкуляризированные спайки будут способствовать притоку крови к миокарду; подшивание к эпикарду хорошо васкуляризированных органов – легкого, грудных мышц, большого сальника (операция О’Шонесси); сужение и перевязку коронарного синуса. В начале 1950-х гг. К. Бек предложил и неоднократно выполнил в клинике операцию, которую в каком-то смысле можно считать первым «аортокоронарным шунтированием». С помощью сегмента большой подкожной вены он создавал анастомоз между нисходящей грудной аортой и не коронарной артерией, как это делал А. Каррель, а коро-

нарным синусом. Операцию выполняли в два этапа: сначала накладывали анастомоз (операция Бек-1), а вторым этапом, через 2–3 нед, перевязывали коронарный синус у места впадения в правое предсердие (операция Бек-2). Расчет в данном случае делался на ретроградную перфузию коронарного русла через венозную систему (рис. 1). Совершенно очевидно, что прототипом для этой операции послужил эксперимент А. Карреля.

В 1940–50-е гг. другой американский хирург – Гордон Мюррей разработал в эксперименте метод резекции коронарных артерий с интерпозицией (вставкой) из различных кондуитов, а также разные варианты обходного шунтирования коронарных артерий. В Москве Владимир Петрович Демихов, знакомый с результатами экспериментов А. Карреля, в 1952 г. создал оригинальную методику, позволяющую быстро сформировать анастомоз с коронарной артерией в эксперименте. В качестве обходного шунта он использовал внутреннюю грудную (маммарную) артерию (ВГА) и выполнял анастомоз с помощью очень тонкой стеклянной канюли-тройника, концы которой вставлял в просвет анастомозируе-

мых сосудов, фиксируя их лигатурами. Остроумная методика позволяла чрезвычайно быстро выполнить соустье и за счет этого избежать возникновения фибрилляции желудочков у собаки. Более того, перевязка проксимального сегмента коронарной артерии после наложения анастомоза не приводила к развитию ишемии и фибрилляции желудочков, что доказывало эффективность функционирования анастомоза. Эксперимент В.П. Демихова стал важнейшей вехой в истории разработки коронарного шунтирования, поскольку он послужил основой для первого клинического использования этой операции, получившей название «маммарно-коронарный анастомоз».

Общепризнано, что пионером прямой реваскуляризации миокарда является ленинградский хирург Василий Иванович Колесов, выполнивший в 1964 г. первую операцию маммарно-коронарного анастомоза в клинике с помощью обычного сосудистого шва на бьющемся сердце. Однако известно также, что Роберт Гётц, эмигрировавший из Германии в 1930-е гг., работавший затем в ЮАР, в знаменитой клинике Гроте Схюр, вместе с Кристианом Барнардом, а с 1950-х гг. — в Нью-Йорке, успешно выполнил маммарно-коронарный анастомоз у человека еще в 1960 г. в госпитале Ван Эттен, в Бронксе. Этой операции предшествовали сотни экспериментов, проведенных им на собаках. В отличие от В.И. Колесова, для формирования маммарно-коронарного анастомоза Р. Гётц использовал не шовную технику, а соединение сосудов с помощью магнезиальных колец Пайра малого калибра. За счет этого время наложения единственного анастомоза, который Р. Гётц выполнил в клинике, составило всего 50 с [2]. Он сообщил об успешной операции у человека в двух строчках дополнения к статье, посвященной экспериментальному исследованию по маммарно-коронарному шунтированию, и впоследствии не опубликовал этот клинический случай отдельно. Более того, в результате активного противодействия

кардиологов он никогда больше не повторял этот опыт в клинике. В.И. Колесов опубликовал свой первый такой случай в отечественной медицинской печати в 1965 г., а позже ему удалось напечатать в знаменитом американском журнале «The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery» статью с обобщением опыта проведения 12 операций маммарно-коронарного анастомоза в клинике. Номер вышел в октябре 1967 г., когда Р. Фавалоро выполнил первую операцию аутовенозного аортокоронарного шунтирования.

Д.С. Джонс считает, что Р. Фавалоро мог знать о работе В.И. Колесова еще до этой публикации. Дело в том, что рукопись статьи В.И. Колесова в ноябре 1966 г. была направлена редактором американского журнала Б. Блэйдсом на рецензию Д. Эффлеру, и, возможно, тот показал ее ученику. Однако Фавалоро шел своим путем, развивая аутовенозное аортокоронарное шунтирование. Интересен следующий факт, на который обратил внимание В.С. Работников: разрабатывая проблему хирургического лечения ишемической болезни сердца в Кливлендской клинике, Р. Фавалоро освоил и выполнил сотни операций имплантации внутренних грудных артерий в толщу миокарда, которые впервые осуществил в клинической практике канадский хирург А. Вайнберг. Р. Фавалоро даже разработал специальный ретрактор для облегчения выделения обеих внутренних грудных артерий. Поразительно, что, блестяще освоив этот метод и, возможно, зная содержание статьи В.И. Колесова, он ни разу не попытался вшить конец внутренней грудной артерии непосредственно в коронарную артерию. Р. Фавалоро начал применять маммарно-коронарный анастомоз только после того, как в 1968 г. его впервые в США стал выполнять Джордж Грин. В процессе разработки проблемы Р. Фавалоро внедрил и коронарную эндартерэктомию — самое раннее прямое вмешательство на коронарных артериях, которое разработали до него Чарльз Бейли,

Уильям Лонгмайер и Аик Сеннинг. Прототипом послужила операция эндартерэктомии из бедренной артерии, впервые выполненная в 1947 г. португальским хирургом Сидом Дос Сантосом. Результаты изолированной эндартерэктомии из коронарных артерий оказались разочаровывающими, особенно при ее использовании на ветвях и стволе левой коронарной артерии.

В период между 1960-м (первая и единственная операция маммарно-коронарного анастомоза Р. Гётца) и 1967-м гг., когда Р. Фавалоро выполнил первое, как считается, аутовенозное аортокоронарное шунтирование, было проведено по крайней мере семь операций коронарного шунтирования с использованием аутовены. Дэвид Сабистон выполнил, по-видимому, самую первую операцию в 1962 г. в клинике Дьюкского университета, Эдвард Гарре из клиники Майкла Дебейки – в 1964-м, Дональд Кан выполнил две операции в 1966 г. в Мэдисоне. Непосредственные результаты разочаровали хирургов. Пациент Д. Сабистона умер от послеоперационного инсульта, пациент Э. Гарре перенес интраоперационный инфаркт миокарда. Сообщения об этих первых операциях были опубликованы только в начале 1970-х гг. Д. Джонс утверждает, что У. Лонгмайер выполнил еще две операции в 1966 г., причем один больной умер на операционном столе, а у другого шунт тромбировался. У. Лонгмайер опубликовал свой опыт во французском медицинском журнале. Сообщая о случае Э. Гарре, который, кстати говоря, можно считать первым удачным аортокоронарным шунтированием, поскольку больной поправился после операции и через 10 лет шунт функционировал, Д. Джонс деликатно умалчивает об одном факте. Он называет авторами этой первой удачной операции Э. Гарре и М. Дебейки. Известно, что Э. Гарре выполнил операцию в отсутствие М. Дебейки в клинике, за что впоследствии получил от шефа жесткое предупреждение и запрет на продолжение подобных опытов, несмотря на то, что он

основывал свое первое вмешательство на солидном собственном экспериментальном материале. Следует подчеркнуть, что большинство первых операций, в том числе и операции В.И. Колесова, были выполнены без использования искусственного кровообращения. Нельзя не отметить вклад в разработку проблемы коронарного шунтирования хирурга из Милуоки Дадли Джонсона. Через 2 нед после аортокоронарного шунтирования, выполненного Р. Фавалоро, он провел такую же операцию, причем первым начал формировать дистальный анастомоз аутовенозного кондукта конец-в-бок коронарной артерии, что вскоре стало стандартной техникой.

Кого же следует признать истинным пионером коронарного шунтирования и когда мы должны отмечать рождение этой операции? Если считать главным событием возникновение идеи, то это, бесспорно, А. Каррель. Он же впервые в 1910 г. осуществил свою идею в эксперименте, хотя и неудачном. Если принять за точку отсчета первый удачный эксперимент, то это, безусловно, В.П. Демихов (1952 г.). Если мы возьмем за начальную точку первое клиническое использование, то побеждает Р. Гётц (1960 г.). Формально «пионером» клинического использования аутовенозного аортокоронарного шунтирования является Д. Сабистон, хотя опыт был неудачным и не было публикации. Э. Гарре провел первую удачную операцию с использованием аутовены, но тоже без своевременной публикации (1964 г.). Определенные приоритеты можно найти у каждого из упомянутых выше хирургов. Думается, что истинными пионерами клинического использования коронарного шунтирования следует считать, как это и принято сегодня, В.И. Колесова и Р. Фавалоро. Комбинация именно тех методов, которые они начали осознанно и систематически внедрять в клиническую практику – маммарно-коронарный анастомоз передней межжелудочковой ветви плюс аутовенозное аортокоронарное шунтирование дру-

гих артерий, — является сегодня наиболее широко используемой схемой хирургической реваскуляризации миокарда. Несмотря на то что имеется явная тенденция к выполнению множественного аутоартериального коронарного шунтирования с использованием двух внутренних грудных артерий, мы все равно никуда не уйдем от аутовенозных кондуитов, широкое внедрение которых в 1967 г. начал Р. Фавалоро. Поэтому я считаю, что началом эры коронарного шунтирования следует признать именно 1967 г., а отмечать 50-летний юбилей в мае или октябре — это уже не столь важно.

Хочется также кратко упомянуть о сравнении результатов использования аутовенозных и аутоартериальных кондуитов. В начале 1980-х гг. Брюс Литл и Делос Косгроув из Кливлендской клиники впервые продемонстрировали значительные преимущества шунтов из внутренней грудной артерии по сравнению с аутовенозными кондуитами в плане их отдаленной проходимости. Проходимость ВГА через 10 лет после операции составила 95%, а венозных шунтов всего 45%. Эти данные привели к тому, что большинство хирургов стали систематически использовать ВГА для шунтирования главного коронарного сосуда — передней межжелудочковой артерии. Никто не собирается отнимать у маммарно-коронарного анастомоза пальму первенства, но справедливости ради необходимо отметить, что это сравнение было не совсем корректным. Многие факторы, влияющие на отдаленный результат, не были учтены. Известно, например, что любые шунты к передней межжелудочковой артерии имеют более высокую отдаленную проходимость, чем шунты к другим ветвям, в силу анатомических особенностей и значительного объема перфузируемого миокарда. Маммарную артерию почти всегда используют именно для передней межжелудочковой артерии, и это само по себе отчасти определяет более высокую отдаленную проходимость. Никто не учитывал ис-

ходное состояние аутовенозных кондуитов: диаметр просвета, перепады калибра, наличие клапанов, состояние стенки. Никому не приходило в голову использовать внутреннюю грудную артерию для шунтирования при малейшем сомнении в ее качестве, тогда как венозные кондуиты использовали практически любые. ВГА может оставаться проходимой даже при наличии резкого стеноза в дистальном анастомозе, и в таком случае сам факт ее функционирования не имеет решающего значения для обеспечения адекватной реваскуляризации. Не анализировались детально такие факторы отдаленной проходимости шунтов, как методика забора венозного кондуита и дальнейшая терапия.

В последнее время появились серьезные данные о том, что маммарно-коронарные шунты к артериям со стенозами 70% и менее имеют достаточно высокую частоту закрытия и гипоплазии в отдаленном периоде наблюдения за счет конкуренции кровотока. С другой стороны, есть данные, что венозные шунты с последовательными (секвенциальными) анастомозами к двум и более коронарным артериям демонстрируют отдаленную проходимость, практически не отличающуюся от проходимости ВГА. Серьезная интрига существует вокруг использования кондуита из лучевой артерии, впервые примененного Аланом Карпантье в начале 1970-х гг.: склонность к спазму вынудила многих хирургов отказаться от их применения. В то же время есть много данных об использовании лучевой артерии для коронарного шунтирования с прекрасными отдаленными результатами. Коронарное шунтирование родилось полвека назад, но жизнь его не заканчивается (рис. 2). Существует еще огромное количество нерешенных проблем, о чем свидетельствует целый ряд новейших рандомизированных исследований. Широкое использование чрескожных коронарных вмешательств не элиминировало аортокоронарное шунтирование из арсенала методов лечения ИБС, наоборот, ряд

исследований (например, SYNTAX) показали преимущества хирургической реваскуляризации во многих группах пациентов, особенно у больных со сложными поражениями коронарных артерий и при сахарном диабете. Но все же, думается, будущее лечения коронарной болезни лежит в плоскости профилактики коронарного атеросклероза. Таблетка должна в конце концов заменить скальпель.

Следует остановиться еще на одном аспекте хирургической реваскуляризации миокарда. В своей статье к юбилею операции аортокоронарного шунтирования Д. Джонс отмечает экономический результат ее широкого внедрения. Активное предложение этого вмешательства со стороны хирургов, поддержка кардиологов, прежде настроенных против хирургических методов, нашли отклик со стороны публики, которая быстро осознала пользу и эффективность коронарной хирургии и массово приняла предложение. Хирургия оказалась мощным стимулом для развития фармацевтической промышленности, а впоследствии и разработки эндоваскулярных процедур. В результате респектабельность и материальное благосостояние хирургов резко выросли: ежегодные доходы отдельных кардиохирургов стали исчисляться миллионами долларов, причем главным образом именно в результате массового выполнения операции АКШ. Как пишет Д.С. Джонс, это привело к изменению образа жизни и социального положения кардиохирургов: портреты, интерьеры домов крупных специалистов стали появляться на страницах различных «глянце-вых» журналов. Операция прямого коронарного шунтирования мгновенно вытеснила со сцены все устаревшие методы реваскуляризации: вместо скарифицированных и кровоточащих желудочков сердца на авансцену вышла элегантная и прецизионная техника. В середине 1960-х гг., когда Р. Фавалоро напряженно искал подходящий способ реваскуляризации, прямые операции (в то время это была эндар-

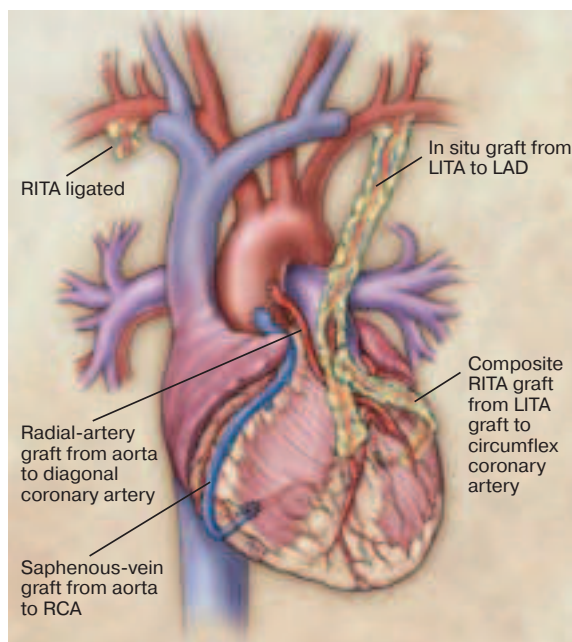


Рис. 2. Схема современной операции коронарного шунтирования по D.S. Jones [1]

терэктомия с пластикой коронарной артерии аутовенозной заплатой, так называемый «пэтч-графт») составляли лишь несколько процентов от общего числа реваскуляриза-ций, главным методом которых являлась процедура Вайнберга. После внедрения АКШ Р. Фавалоро какое-то время еще комбинировал прямую реваскуляризацию с имплантацией ВГА, но очень скоро отказался от этого. Коронарное шунтирование стало единственным методом реваскуляризации, реальностью коронарной хирургии. Именно поэтому в названии своей статьи, посвященной 10-летию юбилею коронарного шунтирования, Фавалоро сделал подзаголовок «Мифы и реальность».

Хотелось бы отметить еще один важный аспект: операция коронарного шунтирования изменила облик хирургии в целом и отношение к ней широкой публики. До внедрения этой операции хирургия ассоциировалась с человеческими страданиями и болью. Коронарное шунтирование же радикально изменило ее восприятие, привнесло гуманистический и оптимистический пафос. Прецизионная техника испол-

нения, необходимая для успешного коронарного шунтирования, стимулировала хирургов к использованию более прецизионной, шадящей техники и в других хирургических областях. С этим связан и следующий момент: коронарная хирургия впервые обрела статус подлинного искусства — не в смысле «ремесла», а в аспекте точных гармонических отношений. Выражаясь обыденным языком, коронарное шунтирование — просто-напросто очень красивая операция. Занимаясь этой областью хирургии в течение 35 лет, я с давних пор зарисовывал схемы выполненных операций АКШ. Моя знакомая, известный художник Ольга Чернышева, увидев как-то раз схематичный рисунок, попросила его себе в подарок. Позже, в 2008 г., по ее инициативе мы сделали совместную выставку в известной частной галерее Амстердама, где рядом с ее рисунками были представлены мои хирургические зарисовки. Но еще раньше, в 2000 г., я попытался показать художественный аспект коронарного шунтирования: арт-объект представлял собой торт в форме анатомического сердца с аортокоронарными шунтами. Посредством инсталляции, включавшей помимо торта сервированный на две персоны стол, на котором и находилось блюдо с кулинарным произведением, я хотел напомнить, что, несмотря на современное отношение к операции АКШ, как визиту к стилисту или походу в ресторан, она все же остается весьма серьезным делом: взаимодействием пациента и хирурга, борьбой жизни со смертью (рис. 3).

Отчасти эти акции, по моему мнению, должны были способствовать популяризации коронарного шунтирования в нашей стране, которое в те годы выполняли еще очень ограниченно, хотя рост осведомленности широких слоев о пользе вмешательства начался после успешной операции, выполненной академиком Р.С. Акчуриным первому президенту России Б.Н. Ельцину. В ряду осуществленных художественно-хирургических акций стоит и боди-арт но-



Рис. 3. М. Алшибая. Торт «Сердце». 2000 г.

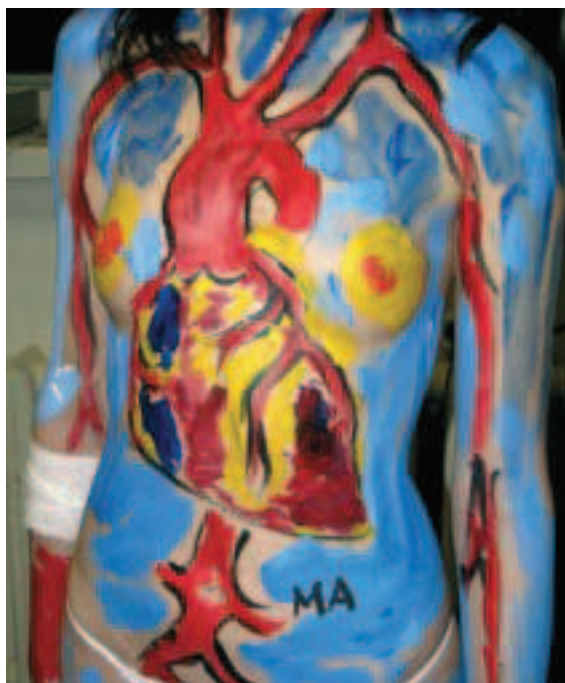


Рис. 4. М. Алшибая. Боди-арт «Марина». 2005 г.

мер, спонтанно реализованный в г. Перми в 2005 г. при поддержке моего большого друга, безвременно ушедшего от нас выдающегося хирурга Сергея Германовича Суханова: я написал красками большое анатомическое сердце на груди обнаженной модели (рис. 4). В 2006 г. в московской художественной галерее «А-3» состоялся целый проект, посвященный кардиохирургии как искусству, под названием «Спираль и сердце», а в 2013 г. в рамках Московской

биеннале современного искусства вместе с художником Марией Арендт мы осуществили проект «Курсы кройки и шитья», проведя несколько провокационную аналогию между хирургией и высокой модой. Обобщающим в этом цикле художественно-хирургических экспериментов стал мегапроект «Хирургия» в Фонде культуры «Екатерина» (2014 г.), в рамках которого были представлены предметы искусства и коллекционирования, многочисленные инсталляции и видео, как художественные, так и хирургические.

Параллельно с напряженной хирургической деятельностью я всю жизнь занимаюсь коллекционированием произведений современного искусства. В какой-то момент мне стало ясно, что эта дополнительная страсть является способом преодоления синдрома эмоционального выгорания (burnout), столь характерного именно для хирургов [3]. Такой своеобразный труэнтизм (от английского слова *truant* – школьный прогульщик), типичный для врачей, отметил выдающийся английский хирург сэр Беркли Мойниген (рис. 5) в Линэйкровской лекции 6 мая 1936 г. Эту медицинскую лекцию выдающиеся ученые читают в Кембридже ежегодно, с тех пор, как в 1524 г. ее учредил лейб-медик Генриха VIII и первый президент лондонского Королевского колледжа врачей Томас Линэйкр. В Линэйкровских лекциях было представлено несколько основополагающих для медицины открытий: так, в 1915 г. именно в этой лекции Э. Старлинг сформулировал знаменитый «закон сердца». Название Линэйкровской лекции Б. Мойнигена: «Truants. The story of some who deserted medicine yet triumphed» – «Труэнты. История о тех, кто бросил медицину и преуспел». Автор приводит биографии нескольких десятков врачей, которые, либо оставив медицину, либо параллельно с медицинской деятельностью стали заниматься совершенно другими вопросами и добились успеха. Он подчеркивает, что такое «бегство» от профессии характерно именно



Рис. 5. Беркли Мойниген

для врачей. Позже наш соотечественник, знаменитый реаниматолог А.П. Зильбер, познакомившись с опубликованной лекцией Б. Мойнигена, собрал более 3500 биографий врачей-труэнтов. Б. Мойниген еще не знал о синдроме эмоционального выгорания, но догадывался, что труэнтизм связан с напряженной работой врача.

Коллеги иногда упрекают меня, что интерес к искусству и коллекционированию отвлекает от собственно хирургии. Мне при этом вспоминается афоризм одного известного американского кардиохирурга: «Имей хобби, кроме кардиохирургии». Для меня искусство и коллекционирование – не хобби (довольно пошлое понятие), а, скорее, вторая профессия, не увлечение, а исследование, близкое научному, но также способ преодоления эмоционального выгорания. Возвращаясь к основоположнику коронарной хирургии Р. Фавалоро, можно отметить, что ему тоже в известной мере был свойствен труэнтизм. Только одна из его опубликованных монографий – «Хирургическое лечение коронарного атеросклероза» (1970 г.) – посвящена собственно

хирургии. В «Воспоминаниях сельского врача» (1980 г.) он описывает ранний период своей врачебной деятельности в аргентинской провинции Ла Пампа, еще до поездки в Кливленд. Увлеченный историей своей родной страны, он опубликовал также книгу, посвященную национальному герою Аргентины, одному из руководителей войны за независимость испанских колоний в Латинской Америке Хосе де Сан-Мартину (1778–1850), впоследствии первому президенту Перу. Фавалоро имел и твердую политическую позицию — окончив университет Ла Плата, он отправился работать простым врачом в провинцию потому, что для продолжения академической карьеры в столице от него требовали вступить в партию перонистов, с диктатурой которых он был принципиально не согласен. Среди интересов Фавалоро можно отметить его увлечение ботаникой: из каждой поездки в другие страны он привозил семена экзотических растений и пытался культивировать их на своем ранчо.

В 2000 г., в возрасте 77 лет, Р. Фавалоро покончил с собой, выстрелив из револьвера в сердце. «Есть во всем этом какая-то горькая ирония: врач, спасший жизни стольким людям успешными операциями на сердце, погибает от раны, нанесенной самим себе в сердце», — высказался в связи с этим событием тогдашний министр здравоохранения Аргентины Гектор Ломбардо. Неуместно шутить по трагическому поводу, но невольно вспоминается детективный сюжет из американской литературы, когда заказчик убийства наставляет киллера: «Не промахнись, ты должен попасть ему прямо в сердце», на что киллер отвечает: «Я же не Майкл Дебейки». Фавалоро, естественно, не промахнулся. Среди причин самоубийства Р. Фавалоро, очевидно, главная — экономические проблемы, возникшие в созданном им в Буэнос-Айресе по образцу Кливлендской клиники фонде — Favalo Foundation. К моменту самоубийства долги

фонда составили 75 млн долларов, и государство отказалось его поддержать. Возможно, у Фавалоро были и другие мотивы, побудившие свести счеты с жизнью. В статье, посвященной 30-летию юбилею операции коронарного шунтирования и опубликованной незадолго до его смерти, уже чувствовалось некое разочарование [4]. В качестве эпиграфа автор взял слова выдающегося испанского философа XX в. Мигеля де Унамуно, философа трагического, писавшего в своих работах о «трагическом чувстве жизни» и необходимости самопожертвования, которое он называл «донкихотизмом». Мне кажется, Р. Фавалоро разделял эту философию. Прекрасные воспоминания-некрологи были опубликованы после его смерти в главных медицинских журналах, в частности, великий американский хирург Дентон Кули, друживший с Р. Фавалоро, написал замечательную статью, в которой отметил высокие личностные качества выдающегося хирурга и ученого. В отечественном журнале «Анналы хирургии» в 2001 г. также вышла статья, посвященная памяти Рене Фавалоро, которую авторы — Л.А. Бокерия и В.С. Работников назвали «Доктор Шунтирование Коронарных Артерий».

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Jones D.S. CABG at 50 (or 107?) — The complex course of therapeutic innovation. *N. Engl. J. Med.* 2017; 376: 19.
2. Konstantinow I.E. Robert H. Goetz: the surgeon who performed the first successful clinical coronary artery bypass operation. *Ann. Thorac. Surg.* 2000; 69: 1966–72.
3. Perumalswami C.R., Suwanbol P.A., Reichstein A.C. Addressing Surgeon Burnout. *J. Am. Coll. Surg.* 2016; 223: 542–3.
4. Favalaro R. Landmarks in the development of coronary artery bypass surgery. *Circulation.* 1998; 98: 466–78.

Поступила 27.06.2017
Принята к печати 05.07.2017