



Р.М. Муратов. Из личного фотоархива

Работать не считаясь с личным временем

Ренат Муратович Муратов,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующий
отделением неотложной
хирургии приобретенных
пороков сердца
ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»
Минздрава России, Москва

— Какие этапы в развитии направления можно выделить и какие считать переломными?

— Эра настоящей клапанной хирургии началась в 60-х годах прошлого столетия. Конечно, были попытки разработки реконструктивных вмешательств, внедрены первые модели биопротезов, прежде всего гомографтов (Д. Росс и Б. Барратт-Бойз) и легочного аутографта (1967 год — операция Росса). Однако прорывом стало создание и широкое распространение первых механических протезов клапанов сердца (А. Старр). Нужно сказать, что конструкторы СССР создали отечественные шаровые протезы для аортальной и митральной позиций. Если первая имплантация шарового протеза выполнена в США в 1960 году, то в СССР — в 1964-м (Г.М. Соловьев). Несомненно, эта область кардиохирургии смогла развиваться на фоне разработки технологии искусственного кровообращения и учения о защитном эффекте общей гипотермии.

70-е годы стали знаковыми в связи с внедрением методики кардиоплегической защиты миокарда (Г. Бретшнайдер, П. Иберт). Именно в эти годы сочетание гипотермического искусственного кровообращения с фармакоологической кардиopleгией значительно расширило возможности коррекции патологии, требующей длительного выключения сердца из кровообращения. Вторым переломным моментом явилась методика обработки ксенобиологической ткани глютаральдегидом (А. Карпантье). Это дало возможность серийного производства и широкого клинического использования биологических протезов, отказа от пожизненной антикоагулянтной терапии. Те же годы, благодаря исследованиям А. Карпантье, стали переломными в области реконструктивной хирургии недостаточности митрального и трикуспидального клапанов. Концепция «функционального» подхода и разработка опорных аннулопластических конструкций позволила систематизировать технические принципы и довести долю реконструктивной хирургии митральной недостаточности почти до 90%.

Таким образом, формирование подходов и технических принципов хирургии клапанных пороков происходило в 60–70-е годы. В дальнейшем я бы отметил лишь внедрение транскатетерного протезирования клапанов.

— В каком объеме в России изменилась хирургия клапанных пороков сердца и как этот объем сопоставим с развитием других направлений сердечно-сосудистой хирургии?

— Объем хирургической помощи при клапанной патологии с 2001 по 2013 год возрос вдвое (с 6 до 12 тысяч операций). Сейчас уровень федеральных и региональных центров таков, что мы видим прекрасные публикации в отечественных и зарубежных журналах, доклады на авторитетных международных форумах.

— Что за последние десятилетия можно считать прорывом в кардиохирургии?

— Невозможно выделить отдельный момент. Главное, что благодаря тем достижениям, которые я упомянул ранее, а также развитию анестезиологии и реаниматологии, методов вспомогательного кровообращения появилась возможность оказания хирургической помощи пациентам, ранее считавшимся неоперабельными.

— В чем разница диагностики и лечения приобретенных патологий сердца в России, Европе и США? Существуют ли технологии, которые успеш-

но используют за рубежом, но невозможны в России и наоборот?

— Можно сказать, в России доступны практически все методы диагностики. В хирургии патологии сердца с использованием искусственного кровообращения уровень России, Европы и США можно считать примерно одинаковым. В чем мы однозначно отстаем — так это в области трансплантации сердца, доступности длительной «механической» поддержки кровообращения, а также возможности транскатетерного протезирования клапанов сердца.

— Технологии регенерации тканей бурно развиваются во всем мире. Какова их роль в сердечно-сосудистой хирургии?

— К сожалению, в этой области известны периоды оптимизма. Однако, несмотря на большое количество работ, пока нет ни одной доказанной методики создания, например ткани клапана сердца, не говоря о миокарде. Тем не менее поиск технологии не прекращается, в том числе в нашей стране.

— Насколько сегодня пациент осведомлен о методах выявления и лечения заболеваний сердца?

— К сожалению, немного больных имеют хотя бы элементарное представление о болезнях сердца и первых симптомах самых распространенных приобретенных заболеваний. Очень трудно объяснить особенности поведения и лечения после операции, в частности необходимость соблюдения режима антикоагуляции или гликемии. В то же время и представления врачей-некардиологов тоже зачастую весьма расплывчаты. Думаю, это связано с недостатками обучения в институтах.

— Кто ваш пациент сегодня и какого он возраста?

Возраст больного с клапанной патологией значительно возрос. Мы сталкиваемся с наличием тяжелой сопутствующей патологией. Стало больше пациентов, ранее перенесших вмешательства. В то же время мы видим многих пациентов восьмого и девятого десятилетия жизни в хорошем соматическом и умственном состоянии, желающих продолжить полноценное функционирование после операции.

— Современный врач-сердечно-сосудистый хирург — это человек, который...?

— Должен, как и раньше, владеть английским языком, быть всесторонне образованным и страстно влюбленным в специальность, работать не считаясь с личным временем.