

Интервенционная кардиология: путь к сердцу

Соколов Юрий Николаевич

Член-корреспондент НАМН Украины по специальности интервенционная кардиология, доктор медицинских наук (1982), профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО имени П.Л. Шупика (1995), руководитель отдела интервенционной кардиологии ННЦ «Институт кардиологии имени Н.Д. Стражеско», Заслуженный врач Украины (1995), почетный член Европейского общества кардиологов (F.F.S.C., 2001).

Один из ведущих ученых в сфере кардиологии. Основное направление научной деятельности: лечение инфаркта миокарда и хронической ишемической болезни сердца. Ю.Н. Соколовым был создан отдел интервенционной кардиологии в НГИ кардиологии имени Н.Д. Стражеско (1991). Впервые в Украине выполнил: коронарный тромболитизис у пациента с острым инфарктом миокарда (1991); коронарную ангиопластику у пациента с острым инфарктом миокарда (1993); установил стент в первые часы инфаркта миокарда (1997). По его инициативе и с его участием с 2002 года проводится ежегодный образовательный курс по интервенционной кардиологии с международным участием – «Киевский курс по коронарным реваскуляризациям». С 2008 года на кафедре кардиологии и функциональной диагностики НМАПО имени П.Л. Шупика Ю.Н. Соколовым организован полуторамесячный курс по интервенционной кардиологии.

Автор 245 научных работ, в том числе 4 монографий. Подготовил 15 кандидатов медицинских наук, член редколлегии ведущих научных журналов.

Награжден орденом «За заслуги» III степени.

Основные научные работы: «Інвазивна кардіологія і коронарна хвороба» (2002), «Посібник з кардіології» (2008), монографія «Настанова з кардіології» (2009), «Коронарна хвороба і інтервенційна кардіологія» (2010).



Диагноз «инфаркт» в Украине и Европе имеет совершенно разный подтекст. Конечно, медицинская общественность понимает одно и то же сердечно-сосудистое событие – опасное, угрожающее жизни.

Однако в Украине больной с инфарктом имеет 36% вероятности умереть, а в Европе, даже в ближайшей к нам Польше – 96% вероятности выжить. Спасительная в таких случаях интервенционная кардиология в нашей стране никак не получил шанс на развитие, хотя энтузиастов достаточно. Среди них – человек, первым сделавший в Украине коронарное стентирование, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Соколов.



Юрий Николаевич, как начинался Ваш путь в интервенционную кардиологию?

Бывают моменты, когда понимаешь, что дело, к которому ты оказался причастен, станет главным в жизни. Или появляется человек, роняющий в твою душу зерно, какую-то идею, которая растет в тебе в течение долгих лет, становится самой важной и требует реализации. Так случилось со мной. Это было в середине 70-х годов уже прошлого столетия, в Иркутске, где я работал хирургом на кафедре госпитальной хирургии Иркутского медицинского института. Туда по направлению из Курска



приехал Всеволод Иванович Астафьев, человек, заразивший меня и многих других в Иркутске новой идеей. Знаете, это как у Тютчева: «Нам не дано предугадать, как слово наше отзовется». Всеволоду Ивановичу не дано было знать, как его слово отзовется во мне, как оно повлияет на мою жизнь. Он привнес нечто новое, интересное, но для Иркутска на тот момент абсолютно бесперспективное – коронарографию. Точнее, он только сказал о том, что такое есть и что это очень прогрессивно. И я буквально заболел мыслью о коронарографии. Однако для того, чтобы ее проводить, нужны были три обязательных элемента: большая комната, ангиографический аппарат и инструмент для проведения процедуры. У меня ничего этого не было. Но было горячее стремление пробовать и действовать.

Однако с чего-то же нужно было начинать...

Начали с комнаты. Нам выделили гнойную урологическую палату, и мы стали в ней работать. То есть, стелить полы и красить стены, потому что необходимого аппарата не было. И тут в этой истории появился человек, занимавшийся продажей леса в Японии, который сказал: «Я дам деньги на аппарат». Процесс его приобретения – чуть ли не детективная история. Вы же понимаете, из Иркутска прилететь в Москву – это не из Киева: отделяют не 800 км, а 7000 км. Я полетел в Москву с деньгами, вернулся в Иркутск с чеком об оплате аппарата, и мы с коллегами стали ждать. Когда пришел наш долгожданный аппарат, мы разобрали коробки и увидели, что не хватает самого главного элемента – сменника пленки. Я поехал его искать. Был везде, где перегружались ящики с аппаратом, ездил целый год, а в итоге нашел недостающую деталь в Иркутске, у сотрудника нашей же кафедры, но работавшего на базе железнодорожной больницы. Оказалось, что он тоже слышал о коронарографии, тоже считал, что это перспективно, и когда узнал о том, что пришел такой аппарат, в ящиках нашел сменник пленки и забрал его. Применить, конечно же, нигде не смог, выслушал все, что я думаю, отдал часть посылки мне, но оказалось, что прибор этот уже не функционирует. Видимо, на него вода попала, вышли из строя усиливающие экраны. Аппарат чешского производства, поэтому я поехал в Москву в посольство Чехии с просьбой найти нужную деталь. Чехи перенаправили меня в посольство Швеции. Длилось это все долго, но в результате аппарат был собран, и мы начали полноценную работу. Очень сложно было подобрать первых пациентов для коронарографии – мы все не кардиологи, не понимали, что нам нужно, но делать хотели. В то время в Иркутске была очень хорошая, на мой взгляд, кардиологическая клиника, ее возглавлял Константин Рафаилович Седов, который потом стал академиком РАМН. Он стал рекомендовать нам больных для проведения коронарографии, и я провел, наверное, сотню процедур. Все это время я прекрасно понимал, что нужно писать диссертацию. Три года у меня было, год ушел на покупку аппарата и связанные

с этим события, но все же я был уверен, что с диссертацией все получится, что все будет в порядке. На тот момент в СССР было только две диссертации по коронарографии, обе – в Москве. Больше нигде в Союзе коронарографию не делали и даже не знали, что она необходима. Это при том, что в мире уже лет десять делали шунтирующие операции.

Когда Вы пришли к пониманию, что коронарография – это только первый шаг?

Как начал делать коронарографию – так и понял. Я задавался вопросом: если мы уже ввели катетер, может быть, через него можно что-то доставить в сосуд, а, может быть, и что-то там оставить, чтобы изменить ситуацию? Ведь сама по себе процедура элементарная: нужно восстановить кровоток – вот и все. Мы не могли и до сих пор не можем повлиять ни на атеросклероз, ни на бляшку. В наших силах – изменить геометрию сосуда, чтобы восстановить ток крови. И это сделал человек, который шел параллельным с нами путем, – Андреас Грюнциг.

Как Вы попали из Иркутска в Киев?

В Иркутск приехал Александр Алексеевич Шалимов – он подбирал кадры для Института хирургии, который создавался в Киеве. К этому моменту у меня уже была защищенная диссертация по коронарографии. Он спросил меня: «Поедешь в Киев?» Разговор состоялся в начале августа, а в конце сентября я уже был в Киеве. Двое детей, квартиры нет... В Иркутске в этом отношении все у нас было налажено. А здесь нужно было начинать с нуля. Институт, который возглавил А.А. Шалимов, был создан в 1975 году, я приехал в 1977-м. В здании еще были комнаты, где, в прямом смысле слова, не ступала нога человека. Однако все было устроено так, что если ты достучался – тебе открывают; сначала у нас была одна установка для коронарографии, мы получили еще две, старую усовершенствовали – и работали. В 1977 году появились первые баллоны – сначала почечные.

В 1978 году в журнале *Lancet*, который очень чутко ко всему новому и буквально видит будущее прогрессивных направлений, была напечатана работа А. Грюнцига. Одного из пациентов, о которых он писал тогда в своей работе, я сам видел два года назад в Вашингтоне – он приехал, как первый в мире человек, которому была сделана ангиопластика. О стентировании тогда речь не шла. Приблизительно в это время мы сделали первые коронарографии при остром инфаркте. Было это, кстати, уже в Институте кардиологии имени Н.Д. Стражеско, в котором мы сейчас с вами беседуем. Поступил инфарктный больной, был поставлен катетер, введен тромболитик и открыта артерия, т.е. человек спасен. Это был, если не ошибаюсь, 1985 год. Тогда стало понятно, что селективное восстановление кровотока – эффективно и перспективно.



Вы сотрудничали с Институтом кардиологии имени Н.Д. Стражеско?

Да, а потом оказался здесь, хотя нынешнего отделения еще не было. Но был аппарат, на котором за 10 лет сделали тысячу коронарографий – по одной в неделю. Здесь было сложно что-либо внедрять, потому что классическая кардиология не терпит резких изменений, и это правильно. Кардиология – это искусство, где люди шлифуются годами и передают друг другу опыт. Консерватизм здесь уместен. Но если бы так было и дальше, изменения происходили бы не сейчас, а еще через тысячу лет. Поэтому, когда появились такие, как мы, которые утверждали, что нужно быстро открыть артерию при инфаркте и таким образом спасти человека, – нас воспринимали, как революционеров. Ведь как принято? Пациент должен лежать, не двигаться, назначают нитроглицерин, капельницы. А лезть в артерию – это казалось сумасшествием. И все же были люди, которые эту идею поддерживали. Я должен упомянуть очень прогрессивную женщину, Н.А. Ватуа, с которой мы обсуждали, как изменить ситуацию в лечении инфаркта.

Когда Вы перешли от коронарографии к интервенционной методике?

Баллонную пластику мы сделали в 1981 году, первый коронарный тромболитизис – в 1985 или 1986, в 1991 году это уже было системой в нашем Институте, а в 1997 году был поставлен первый стент. С 1991 года наше отделение Института кардиологии дежурит по инфаркту, чтобы экстренно открывать артерии пациентам с острым инфарктом. Сегодня никто не сомневается, что необходимо дежурство по острому аппендициту. То же самое должно быть и по инфаркту – семь дней в неделю, круглые сутки, бригада «скорой», которая везет инфарктного больного, не должна обзванивать больницы и спрашивать, работает такое отделение или нет? В Киеве дежуримы.

А в других городах?

В других городах в этом отношении катастрофа. В Польше, например, быстро поняли, что проводить коронарное стентирование при остром инфаркте выгодно всем: увеличивается продолжительность жизни, значительно снижаются затраты на потерю трудоспособности. Польша делает ежегодно 60 тысяч коронарных стентирований, а мы – только 800. Это при том, что должны делать 80 тысяч в год! Конечно, в Европе благодаря внедрению различных технологий, в том числе стентирования, актуальна проблема старения населения. Однако нас это пока не касается. У нас мужчины живут 62 года – мы не доживаем до старости, в отличие от европейцев. От атеросклероза и его последствий умирает в 3 раза больше людей, чем от онкологических опухолей, включая рак кожи. Пациенты умирают от того, что им быстро не открыли артерию! Причем это молодые люди – вот на днях делали коронарографию парню 34 года, у него уже инфаркт был. Я полтора десятка лет потратил на то, чтобы донести до всех, что коронарное стентирование – это спасение, это необходимость! Но сделать ничего не удастся. А причина в том, что у нас за 20 лет независимости государства было 17 министров здравоохранения. Я не говорю, что кто-то из них был плохим министром – вовсе нет. Просто каждый раз, когда приходит новый

министр, я должен заново тратить силы и время на то, чтобы донести идею необходимости создания системы оказания помощи инфарктным больным.

В чем суть этой системы?

В каждой области на базе полноценного инфарктного отделения должен быть создан как минимум один специализированный центр. В Киеве их может быть 2 или 3. Эти центры должны дежурить круглосуточно, принимая инфарктных больных. Они должны быть обеспечены оборудованием, расходным материалом, контрастным веществом и медикаментами. Время поступления пациента в такой центр не должно превышать 12 часов – именно в течение половины суток после инфаркта необходимо восстановить кровоток. Если же человек пережил инфаркт, ему нужно сделать коронарографию.

До какой степени можно снизить летальность при инфаркте, если организовать помощь инфарктным больным таким образом?

До 4%. Такой показатель у нас в отделении, такой показатель в Польше и Чехии.

Создается впечатление, будто на уровне государства все делают вид, что ничего не происходит, что нет высоких показателей летальности от инфаркта в Украине...

К сожалению, люди, управляющие государством, не понимают, насколько это важно. И проблема не в том, что сами они стараются получить медицинскую помощь за границей. Дело в том, что не настала еще та критическая ситуация, когда проблема будет буквально бросаться в глаза. Это произойдет, если умершие от инфаркта будут лежать на улице. Вы помните, как недавно произошло с гриппом? На каждом углу кричали, сколько человек умерло от осложнений гриппа. Но ведь в другие годы тоже умирали, и показатели смертности бывали выше, однако все молчали. Когда никто ни о чем не знает – никто и не кричит. Людям проще жить, когда они не знают о таких вещах. А ведь задача – не только сделать доступным стентирование, а в том, что должна быть развита первичная профилактика заболеваний, в том числе инфаркта. Врач должен разговаривать с пациентом – мы сейчас перестали это делать! Нужны передачи на радио, на телевидении, которые простым, понятным языком расскажут о том, что такое атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет. Нужны не страшилки, не шарлатанские сказки об эффективности биологически активных добавок при инфаркте, а реальная информация. К сожалению, население в основном малообразованное. Предлагая исключительно рекламную информацию, как это происходит сейчас, мы и дальше понижаем уровень осведомленности наших соотечественников, а это приводит к еще более печальным последствиям.

Вы говорите о том, что центры помощи инфарктным больным должны быть созданы во всех областных центрах Украины и работать они должны по принципу «24/7», т.е. 24 часа семь дней в неделю. Но кто будет работать в этих центрах? Откуда возьмется специалистам?

Вопреки всему – мы готовим кадры. К счастью, наша идея нашла поддержку у ректора Национальной медицинской ака-

демии последипломного образования имени П.Л. Шупика – профессора Ю.В. Вороненко, мы предложили ему помогать другим. Нам необходимо преумножать число специалистов, готовых проводить стентирование. Сегодня в Украине нет крупного города, где не было бы врачей, не прошедших наш курс. Они знают, как делать стентирование. Другое дело, куда они приезжают после обучения, нет возможности применить свои знания и навыки. И все же эти люди приезжают, проходят курс в группах по пять человек, с первого дня курса моются в операционной, проводят здесь полтора месяца и отправляются домой, «зараженные» идеей спасения инфарктных пациентов благодаря интервенционным методикам.

В Польше, Чехии, о которых Вы упоминали, созданы такие центры, которые необходимо открыть и в Украине?

Да. Например, в Чехии даже тромболитизис не применяют, сразу везут пациента с острым инфарктом в центр реперфузии. Об их показателе смертности от инфаркта я уже говорил. И об украинской неутешительной статистике – тоже.

Ваши создана собственная школа интервенционной кардиологии?

Смотря что подразумевать под словом «школа». Если мы говорим об образовании – да. А если о воспитании последователей – нет. Я не ставлю перед собой такой цели. Эти молодые прогрессивные люди совсем не обязательно думают так, как я. Но отсюда они выносят главную мысль: если у человека инфаркт – нужно открыть артерию и восстановить кровоток. Чтобы научиться это делать, они проводят здесь каждый день в течение курса. Потому что каждому приходится, образно говоря, наступить на горло собственной песне, преодолеть страх, который возникает от мыслей «что будет?», «если пациент умрет – кто несет ответственность?» Все это – очень серьезные вещи. Врачи приезжают на курс, чтобы избавиться от страха, чтобы быть разумными.

Вы тоже боялись, когда делали первое стентирование?

Конечно. Если врач не боится – он не врач. Только палач не боится. Я и сейчас себе часто говорю: «Подожди, подожди... не торопись...». Особенно после отпуска. На самом деле, сама процедура дается только с опытом. Нужно вырастить в себе ощущение того, что ты делаешь. Чутье вырабатывается, только когда делаешь это каждый день. Теоретически такое не передается. Нужно много делать и много смотреть, как делают другие, сопоставляя со своим опытом, анализировать, что и почему не получилось. У меня это чутье появилось через 40 лет работы.

Многие врачи прошли у Вас обучение. Не возникает опасения, что Вы растите своих конкурентов?

Какая конкуренция? Как о таком вообще можно говорить? Мы делаем 800 стентирований в год, а нужно – 80 тысяч! Да мы должны перед теми людьми, которые хотят этому научиться! Им работать негде, специальности такой нет – интервенционная кардиология. А они едут и учатся. Осталось только создать центры. И в этом, к сожалению, вся проблема. Мне-то лично, по сути, ничего не надо. У меня есть отделение, мне есть где спасать



пациентов. Но я знаю, что в нескольких десятках километров отсюда даже ЭКГ снять нельзя, какая уж там коронарография или стентирование...

Как Вы думаете, появится ли что-то новое в интервенционной кардиологии в ближайшие годы?

В этом году, наверное, уже будет рассасывающийся стент. Уже есть и зарегистрированы в Украине баллоны с медикаментозным покрытием, сродни элютинирующему покрытию. Это важно, так как нанесенное вещество обладает липофильными свойствами. Одно прикосновение вещества к ткани уже является лечебным, не смывается кровью, не вымывается, а распространяется, что дает хороший эффект. Сегодня данная методика уже существует, на следующий год мы готовим диссертацию по этой теме. Еще, думаю, будут использоваться другие медикаментозные вещества для нанесения на стент – не обязательно только для того, чтобы не происходило прорастание клеток ткани. Ведь смысл в чем: не только открыть артерию; необходимо, чтобы через нее не проросла ткань. Сам металл может обладать аллергенными свойствами и вызывать проблемы в подлежащих тканях. Сейчас продолжается поиск решения этой проблемы. Рассасывающиеся стенты не дают таких побочных эффектов, но и не обеспечивают хорошую фиксацию сосуда.

Вы – продолжатель медицинской династии?

Нет, медицинская династия, скорее, началась с меня. Родители мои к медицине не имеют отношения, да и я хотел быть летчиком, поступал в Харьковское летное училище. Не поступил. Поехал в Иркутский медицинский институт... дальше вы уже знаете. Хотя у моей жены мать – врач, жена моя – врач, сын у меня тоже врач, невестка – врач, и дочь их будет врачом. Огромное спасибо я хотел бы сказать своему сыну. Ремонт в отделении – это его заслуга. Книжки наши с ним – тоже заслуга сына. Многие вещи в нашей работе – само собой разумеющиеся, но их надо делать. И многое делается благодаря его энергии. Важно то, что я не один. Одинокое дерево не может быть лесом. Нужны соратники, и хорошо, если это – близкие люди. Мне в этом отношении очень повезло.

Беседу вела Юлия Когул