

Близко к сердцу



Академик Александр Мрочек — о новом в кардиологии, эффективности профилактической медицины и секретах правильного питания

Сложно представить, как можно одновременно быть и врачом, и ученым, и директором, несмотря на колоссальный опыт и долгий перечень должностей, званий и наград. В 29 лет — кандидат наук, в 35 — доктор, в 38 — профессор, в 51 — член-корреспондент, в 56 — академик. Сегодня Александр Мрочек — директор ГУ РНПЦ «Кардиология», главный внештатный кардиолог Минздрава. Повод для разговора с ним выдался особенный: белорусским пациентам впервые имплантировали инновационное устройство для лечения сердечной недостаточности.

— Александр Геннадьевич, почему наша страна была выбрана для проведения операции во время клинического исследования, проводимого американской компанией Ancora Heart?

— Наш центр был выбран наряду с ведущими клиниками Европы для внедрения новой технологии, которая разрабатывается на протяжении 15 лет. В США и некоторых европейских странах уже прошли операции с применением уникальной системы для ремоделирования левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Основным вариантом лечения этого заболевания на ранних стадиях является медикаментозная терапия, которая на определенном этапе становится малоэффективной. Но благодаря новой технологии можно вообще избавить пациента от необходимости хирургического вмешательства в дальнейшем или, во всяком случае, отсрочить его на годы. Технология предназначена для того, чтобы дополнить медикаментозное лечение для уменьшения симптомов и улучшения качества жизни человека. Имплантацию специального устройства проводят внутрисосудистым доступом, оно фиксируется в полости левого желудочка, способствуя последующему уменьшению его объема и увеличению сердечного выброса. В Беларуси 5 сентября была проведена 59-я по счету операция в мире, а 6 сентября — 60-я и 61-я. Американские коллеги оценили профессионализм наших специалистов как очень высокий: планируется как минимум 8—9 пациентов, которым будут сделаны подобные операции. А всего в программу, как ожидается, будут включены 30 человек.

— Был ли закономерен ваш путь в медицину и науку?

— Это был мой выбор, и я считаю его осознанным и правильным. Хотя, если говорить о специальности, сначала у меня было желание заниматься вопросами неврологии и нейрохирургии. Но получилось так, что после окончания медицинского института я пошел работать в Минскую областную больницу, где была кафедра кардиологии, которую возглавлял мой учитель профессор Владимир Васильевич Горбачев. Им была сформирована целая школа учеников: людей увлекала атмосфера энтузиазма. Наука меня притягивала изначально, поэтому, поработав в областной больнице, поступил в аспирантуру.

— В столице делаются сложнейшие операции. А как организована кардиологическая помощь в регионах, особенно отдаленных?

— Помимо своих прямых задач, наш центр работает и над совершенствованием системы оказания кардиологической помощи в Беларуси. В настоящее время все

контролировать административно очень сложно, но методически — вполне возможно. Системный подход работает во всем мире, в том числе и у нас. Например, чтобы сделать человеку операцию, он должен пройти определенные этапы. Сегодня врачи в региональных медучреждениях должны знать, куда направлять пациентов с конкретной патологией, каких специалистов необходимо привлечь для консультаций в случае сомнений в постановке диагноза. К сожалению, не везде все гладко в этом отношении, так как не всегда врачи первичного звена правильно ориентируются в ситуации: в результате мы получаем запущенный случай или сокращаем человеку жизнь. Поэтому взаимодействие с первичным звеном и его укрепление — сейчас одна из важнейших задач. И это крен, который делает сегодня здравоохранение не только нашей республики, но и всего мира.

— Какова роль цифровых технологий в кардиологии?

— Если говорить о системе высоких технологий в медицине, можно смело сказать, что в Беларуси она сформирована. Что касается кардиологии, то журналисты меня часто спрашивают, что мы умеем делать, а что не умеем. Отвечаю: мы умеем делать все то же, что и наши зарубежные коллеги. Другое дело, что мы хотели бы делать это более масштабно, помогая большему количеству больных. Значительная доля высокотехнологичной помощи — сегодня дорогостоящая процедура, и она выполняется для наших граждан в порядке очереди.

— Центр оказывает услуги иностранцам на платной основе. Не ущемляет ли это наших граждан в плане оперативности и очередности оказания необходимой помощи?

— Абсолютно нет. Белорусы получают помощь за счет бюджета, а иностранные граждане все оплачивают сами — конкуренции здесь не существует по определению. За рубежом мы особенно интересны как специалисты в области трансплантации сердца. Почему в случае неостребованности органа по совместимости для наших граждан не дать возможность пересадить его иностранцу за деньги? Есть еще важный момент. Пересадка сердца — не очень частая для белорусских граждан операция в центре, 30—40 трансплантаций в год. Считается, что работу кардиохирургической бригады можно считать полноценной в том случае, если она делает не менее 100 операций в год в своей области. Это самообучающаяся система: врач учат пациент и практика. И нам необходимо эту практику иметь. Мы достигли уровня, когда можем обсуждать проблемы трансплантации сердца с ведущими в этом отношении клиниками мира. У нас высококвалифицированный персонал, богатый опыт, хорошая выживаемость, хорошая система наблюдения и реабилитации.

— Каково качество жизни у людей с донорским сердцем?

— Оно может быть разным. Тот, кто контролирует ситуацию, выполняя рекомендации специалистов и проходя периодический контроль у нас в центре, естественно, живет дольше. Исходы разные: от прекрасных до трагических. Например, ежегодно наши врачи организуют различные мероприятия спортивного характера с участием тех, кто перенес трансплантацию сердца: пешие и велопрогулки, заплывы. При должном подходе таким людям доступен даже спорт. А есть и такие, кто недооценивает свою ситуацию: бросают прием препаратов, препятствующих отторжению, мол, чувствую себя хорошо. А ведь момент отторжения надо уловить, именно когда хорошо! Потом, когда становится плохо, уже, как правило, поздно... Некоторые начинают прикладываться к бутылке, а это вообще прямой путь на тот свет. Обидно, когда людям делают сложнейшие операции, тратят огромнейшие силы и средства, давая возможность еще пожить полноценной жизнью, а они фактически все перечеркивают и принимаются за старое.

— Насколько серьезно сегодня можно говорить о биоинженерных технологиях?

— Они очень перспективны. Если терапевт-кардиолог как первичное звено способен контролировать наиболее распространенные заболевания, то с помощью биоинженерии можно восстанавливать сломавшиеся элементы сердца или сосудов. Это лечебные технологии, функции которых раньше выполняла кардиососудистая хирургия. Сегодня появилась так называемая прослойка: интервенционная кардиология, которая сосредоточила в себе самое большое количество инноваций. Новых расходников, девайсов, технологических элементов и способов лечения становится с каждым годом все больше и больше, что вызывает своего рода конкуренцию с традиционной кардиохирургией. Например, если раньше необходимо было делать полостную операцию с большой раной, то сегодня многое можно ввести через сосуд. Если прежде процесс восстановления после операции мог занимать с учетом реабилитации срок до одного года, то теперь через 3—4 дня человек выписывается из стационара и может идти на работу.

— Кто сегодня больше всего подвержен сердечно-сосудистым заболеваниям?

— Меня часто спрашивают о том, что важнее в кардиологии: высокие технологии или пропаганда здорового образа жизни? Посудите сами: расходы на клиническую и профилактическую медицину несоизмеримо разнятся. Дело в том, что высокотехнологичная медицина потребляет очень много средств, но эффект от нее, к сожалению, намного меньше, чем хотелось бы. Вкладывая аналогичные средства в профилактическую медицину, мы получаем больший клинический эффект. Это признанный факт.

Сегодня самую большую опасность, на мой взгляд, представляет курение. К сожалению, белорусы курят активно: примерно половина мужчин и около 12% женщин. Там, где страна взяла конкретный курс на мотивацию здорового образа жизни, есть положительные результаты по увеличению продолжительности жизни. В Швейцарии или Андорре средняя продолжительность жизни переходит 80 лет — там очень жесткие правила в отношении курения. У нас сегодня 75 лет — у женщин, и 65 лет — у мужчин.

Сигареты не должны в сознании человека ассоциироваться с определенной манерой поведения. Кто-то сравнивает сигареты с неким коммутационным средством, а психиатры называют это автоагрессивным поведением — поведением, направленным против себя. Заядлый курильщик фактически обречен иметь коронарную болезнь в достаточно ранние сроки.

Алкоголь — тоже опасный фактор риска. По этому поводу ведется немало дискуссий, порой очень противоречивых. Всем известны, например, рассуждения о пользе красного вина. Я помню, как в свое время фармацевтическая промышленность США выпускала экстракты из красного вина в виде таблеток — ожидаемого полезного эффекта никто так и не дождался. Вопрос все-таки не в алкоголе, а в его дозе. Скажи только, что можно 50 граммов, эта доза с легкостью может обрести еще один ноль — нет чувства меры. Несет в себе большую опасность и артериальная гипертензия: надо быть физически активным, снижать лишний вес и контролировать свое давление.

— Сегодня много популярных диет. В СМИ огромное количество проектов, посвященных еде. Так как же все-таки нужно, на ваш взгляд практика, питаться?

— Существуют режимы питания для людей, которые уже имеют определенные заболевания: сердечную недостаточность, гипертонию и т. д. В таких случаях мы ограничиваем пациентам соль, которая в избытке не полезна и здоровому человеку. Подсаливать все и вся становится зачастую привычкой, как и курение: поверьте, я встречал таких людей, которые подсаливают даже соленые огурцы. Если говорить о питании и его качестве в целом, то очень важно учитывать количество калорий и следить за разнообразием меню. Организм должен получать все необходимые

элементы для нормальной жизнедеятельности. Ведь принципиально не то, какую пищу мы едим или какой диеты придерживаемся, а то, сколько она дает калорий, витаминов, микроэлементов. Неутилизированные калории — причина развития некоторых сердечно-сосудистых заболеваний.

— Что предпочитает видеть на своем обеденном столе академик Мрочек?

— Если рассматривать мировую кухню, то мне очень нравится восточная. Побывав несколько раз в Китае, Японии, я проникся этой кухней, которая впечатлила меня не только как таковая, но и как часть восточной культуры. В повседневной жизни я люблю по возможности готовить сам: мясо, рыбу, блинчики, все, что попадется под руку. Никаких особенных предпочтений нет — я всеяден. Не стоит увлекаться экзотикой: в белорусских продуктах содержится практически все, что необходимо для правильного сбалансированного питания.

Подробности

Пульс инноваций

До настоящего времени клинические исследования в области эндоваскулярной кардиологии в Беларуси не проводились. Делать уникальные операции по имплантации инновационного устройства AccuCinch для лечения сердечной недостаточности стало возможным благодаря опыту работы центра в области сердечной недостаточности и эндоваскулярной хирургии, сообщила заместитель директора ГУ РНПЦ «Кардиология» по терапевтической помощи Елена Курлянская

Система для ремодулирования левого желудочка для пациентов с хронической сердечной недостаточностью является уникальной. «До того как пациенты к нам пришли, у них были одышка, отеки, выражена сердечная недостаточность. Их пролечили медикаментозно, но максимальные дозы препарата уже были не эффективны. Поэтому нужно было предоставить еще какой-то метод лечения. Если сейчас не вмешаться, то через некоторое время или потребуются трансплантация сердца, или может случиться какой-то неблагоприятный клинический исход», — отметила Елена Курлянская. Все включенные в программу 30 белорусских пациентов пройдут многоэтапный отбор, в том числе возможность имплантации оценит независимая калифорнийская компания.

Специалисты РНПЦ познакомились с представителями американской компании полтора года назад, когда посещали специализированный конгресс для ознакомления с новейшими технологиями для их дальнейшего внедрения в практику. «Эта технология очень понравилась. Мы представили свой центр. Рассказали, какими технологиями обладаем, как ведем пациентов с сердечной недостаточностью, как их наблюдаем, какие у нас имплантируются системы, — поделилась Елена Курлянская. — Надо сказать, что не каждый центр принимается в такие масштабные проекты. После инспекции РНПЦ «Кардиология» был одобрен и включен в это многоцентровое исследование». В центре для помощи пациентам с тяжелой сердечной недостаточностью реализуются целые программы. «В лечении этого заболевания много направлений. Мы должны использовать максимум. А это одно из самых новых перспективных инновационных устройств», — добавила замдиректора. Что касается результатов после имплантации, по словам Олега Полонцкого, заведующего рентгенооперационной РНПЦ «Кардиология», то они ожидаются в первые дни или недели, а эффект будет нарастать и окажется длительным.

В начале октября ожидается очередной визит американских специалистов в Минск, в ходе которого систему имплантируют еще нескольким пациентам. Когда она будет доведена до оптимального состояния по итогам исследования и станет доступна

на коммерческой основе, белорусские медики рассчитывают, что государство сможет ее закупать для пациентов, которые в ней нуждаются.

Цифры

По оценкам ВОЗ, в Беларуси из 300 смертей от различных заболеваний, которые регистрируются ежедневно, 14% наступает в результате потребления табака, то есть около 40 человек в день погибает от заболеваний, связанных с курением. На первом месте по смертности находятся сердечно-сосудистые заболевания, в частности, инфаркты, инсульты. Более того, 3—4 смерти из 40 сопряжены с пассивным курением. Речь идет о тех, кто постоянно находится рядом с курильщиком или в связи с профессиональной деятельностью вынужден находиться в прокуренном помещении. Что касается смертности мужчин трудоспособного возраста, по оценкам ВОЗ, 40% смертей связано именно с курением. Согласно исследованию, 48% мужского населения курит (в исследовании принимали участие жители 18—69 лет), а распространенность среди женщин — 12%. Средний возраст начала курения для возрастной категории 18—29 лет составляет 16 лет 1 месяц для юношей и 17 лет 3 месяца для девушек.