



Ростислав Карпов: «Материнский капитал не заменит профилактику»

График этого человека расписан на две недели вперед. Под его началом – крупный научно-исследовательский институт с клиникой на 430 коек, поликлиника – 200 посещений в смену, четыре здания общей площадью около 30 тыс. м², более 1000 человек сотрудников, филиал в Тюмени.

Вот уже 30 лет он бессменный заведующий кафедрой факультетской терапии Сибирского государственного медицинского университета, под его руководством выполнены и защищены 26 докторских и 62 кандидатских диссертации, он же является автором более 550 печатных научных трудов и 20 изобретений. С Ростиславом Сергеевичем Карповым, академиком РАМН, директором Томского НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН и главным кардиологом Сибирского федерального округа, беседовала наш корреспондент в Томске Ольга Трепова.



Ростислав Сергеевич, спасибо, что нашли время встретиться. Начнем с приятной новости: в этом году в Томском кардиоцентре был открыт Центр детского сердца. Как в условиях, когда здравоохранение, наряду с другими отраслями, вынуждено экономить, вам удалось организовать новое подразделение?

Центр детского сердца – это первая подобная структура за Уралом. Его особенность в том, что он основан на базе отделения детской кардиологии, а не кардиохирургии. Именно сюда поступают маленькие пациенты с любой патологией сердечно-сосудистой системы. И координатором решения всех вопросов, касающихся диагностики, лечения и реабилитации данного больного, выступает врач-кардиолог. Из этого отделения пациент уходит на операцию и сюда же, к этому же врачу он возвращается. От традиционного принципа преемственности при оказании разных этапов медицинской помощи мы перешли к прин-

ципу сопровождения пациента одним лечащим врачом.

Пока это только организационная форма в структуре НИИ кардиологии. Но в перспективе центр может стать новой организационно-правовой формой, т.е. получить статус самостоятельного медицинского учреждения.

Возникает вопрос, готово ли «простое» отделение детской кардиологии примерить на себя статус Центра детского сердца?

Бесспорно, да. Объемные и качественные показатели работы отделения детской кардиологии год от года растут, и сегодня они сопоставимы с показателями европейских кардиологических клиник. Практически мы начали заниматься хирургической коррекцией пороков сердца с 1980-х годов. Тогда это были единичные операции. Сейчас это направление активно развивается. Взгляните на статистику: в 2008 году во всей России было выполнено детям

Мэтр кардиологии

12 225 операций на сердце. Работают в данном направлении большое количество кардиоцентров – 73, но из них 49 выполняют меньше 50 операций в год, и лишь 15 центров делают больше 200 операций в год. В том числе Томский НИИ кардиологии. В прошлом году мы вышли на уровень 426 операций, из них 115 эндоваскулярных коррекций.

Пока в штате Центра 73 человека – кардиологи, анестезиологи, реаниматологи, кардиохирурги, перфузиологи, но вскоре их станет больше. Изучив обоснование руководства НИИ кардиологии, РАМН выделила дополнительно двадцать ставок врачебного и сестринского персонала для Центра детского сердца в Томске.

Мы «замахнулись» на статус Центра после того, как в Институте кардиологии провели реконструкцию и полное техническое переоснащение операционной, установили новый ангиографический комплекс, позволяющий выполнять детям эндоваскулярные вмешательства при минимальной лучевой нагрузке. Наша очередная ближайшая задача – расширение площадей детской реанимации и даже строительство нового корпуса клиники, в котором три этажа будут отданы под Центр детского сердца.

Какие тенденции в развитии хирургии врожденных пороков сердца у детей?

Это снижение показателя летальности при увеличении количества операций и расширении структуры оперируемых пороков сердца. В частности, при радикальной коррекции тетрады Фалло в течение последних четырех лет смертность нулевая, а операций выполнено больше 80.

Среди пациентов растет число детей первого года жизни и новорожденных. Причем не менее 30% составляют большие со сложными пороками: тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, коарктация аорты, атрезия легочной артерии, варианты единственного желудочка сердца, синдром



Рис. 1. Результаты хирургической коррекции врожденных пороков сердца

гипоплазии левого сердца. Некоторые из этих пороков являются причиной смерти новорожденных в первые часы и дни жизни.

Особый контингент – новорожденные дети, которые часто поступают в кардиоцентр по санавиации или машинами МЧС. В 2009 году их было 34. Средний возраст таких пациентов 16 дней, средняя масса тела – 2,7 кг, но были также килограммовые малыши. У томских кардиохирургов есть опыт выполнения операций таким больным на выезде, то есть непосредственно в условиях перинатального центра.

Например, в апреле прошлого года в первом роддоме Томска родился недоношенный мальчик весом 1,3 кг. У врачей роддома возникло подозрение на врожденный порок сердца, поэтому они вызвали наших специалистов. Оказалось, что ребенку необходимо было сделать клипирование открытого артериального протока. Мальчика необходимо было незамедлительно оперировать, поскольку иные мероприятия были бы неэффективными. Как правило, у таких пациентов не закрываются при рождении фетальные коммуникации, значимые, пока плод находится в утробе матери, в том числе коммуникация в виде открытого артериального протока, которая «бережет» легкие ребенка, поскольку он «дышит» за счет материнских легких. Как только ребенок рождается и делает первый вдох, эта

фетальная коммуникация закрывается. Но у глубоко недоношенных детей в организме не хватает различных веществ, которые способствуют «склеиванию» этого протока, проток остается достаточно большим и по нему начинается обратный сброс крови – из аорты в легочную артерию. Происходит переполнение легких кровью, кровь появляется в трахее, ребенок не может самостоятельно дышать, нарастает отек легких.

Детскому кардиохирургу, к.м.н. Евгению Кривошекову доложили о ситуации около 17 часов, когда он вышел из операционной после второй, запланированной на тот день операции. Врач выехал в роддом незамедлительно. Операция прошла успешно, уже на следующий день шумы в сердце прекратились, а ребенок начал пытаться дышать самостоятельно.

Важный раздел работы вновь организованного Центра детского сердца – интервенционная аритмология. Томские специалисты имеют восьмилетний опыт выполнения таких манипуляций, ежегодно выполняя больше ста операций детям с нарушением ритма сердца методами радиочастотной абляции, имплантации антиаритмических устройств. В России только два кардиоцентра – НЦССХ им. А.Н. Бакулева и Томский НИИ кардиологии – где выполняется радиочастотная абляция жизнеугрожающих аритмий детям первого года жизни.

Мэтр кардиологии

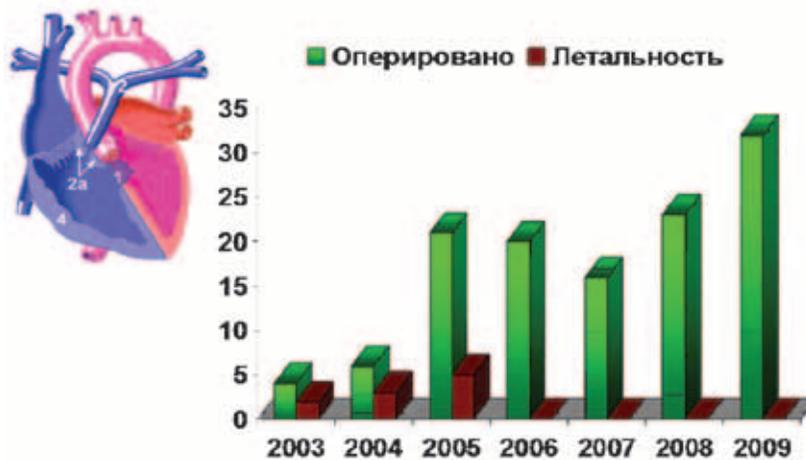


Рис. 2. Радикальная хирургическая коррекция тетрады Фалло

Почему, при всем мастерстве российских кардиохирургов, хорошей технической оснащённости, в европейских странах говорят о снижении уровня ССЗ, а в России, наоборот, – о росте. Так ли это? И если это действительно так, то почему?

Как известно, во второй половине XX века сердечно-сосудистые заболевания превратились в ведущую проблему здравоохранения развитых стран нашей планеты. Заболевания коронарных сосудов и инсульты составляют 49% всех случаев смерти в Европе. Но если с 1980 года в странах Северной, Западной и Южной (кроме Греции) Европы кривая смертности стабильно снижается, то в Центральной и Восточной Европе – стабильно повышается, особенно с увеличением возраста. К сожалению, сегодня Россия лидирует среди стран Восточной Европы по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, как среди мужчин, так и среди женщин. Причины – неправильное питание, гиподинамия, курение, употребление алкоголя. Эти факторы стимулируют изменения в биохимических и физиологических характеристиках, которые, в свою очередь, усиливают развитие атеросклероза и вызывают тромботические осложнения. Почему так произошло, что Россия оказалась «самой больной»

в Европе? Это одновременно и простой, и сложный вопрос. С каждым годом современная медицина идет все дальше в области лечения и профилактики заболеваний, все больше здоровье человека определяют высокие технологии. Развитая медицина может спасти очень тяжелых больных. Раньше говорили, что всего 10–15% зависит от медиков, а остальное – от образа жизни, социальных, экономических проблем, экологии. Сейчас, по отдельным оценкам, до 30–40% здоровья человека – в руках врачей.

Проблема в другом. Ни одна цивилизованная страна не улучшает демографию за счет рождаемости, как это делают в России, все улучшили за счет снижения смертности, увеличения средней продолжительности жизни, пропагандируя здоровый образ жизни, отказавшись от табакокурения и алкоголя, изменив нормы питания. Р. Гиббсон, президент Американской ассоциации сердца, среди семи основных задач здравоохранения США на ближайшие 10 лет первые три обозначил следующим образом: 1) обучение пациентов, 2) фокус на профилактику, 3) система здравоохранения должна базироваться на научных исследованиях.

В медицине существует понятие «сердечно-сосудистый континуум». Смысл его заключается в

том, что все люди проходят цикл от здоровья до факторов риска, за которыми идет развитие заболеваний, их осложнение, эта цепочка завершается печальным исходом. Наша задача – замедлить этот цикл, то есть задержать развитие факторов риска и дальнейших следствий. Но, на мой взгляд, врачи не проявляют, или проявляют в недостаточной степени, активности в противостоянии факторам риска. Менее чем 15% из них независимо от цели визита пациента определяют суммарный риск развития сердечно-сосудистых болезней. Лишь 20% врачей проводят профессиональные консультации по факторам риска. К тому же каждый пятый доктор лечит устаревшими препаратами.

Надо ли участковому врачу говорить с пациентом о курении? Надо, направленная беседа приносит эффект. Ведь курение в десять раз увеличивает риск развития внезапной смерти. Отказ от курения дает даже более высокий положительный результат, чем снижение холестерина и артериального давления. Используя профилактические программы, основанные на концепции факторов риска, во многих развитых странах мира удалось добиться снижения смертности на одну треть и более. Самых значительных результатов добились США, Австралия, Новая Зеландия и Япония.

Всемирная организация здравоохранения провозгласила XXI век веком профилактической медицины. Согласно мировой практике, на профилактику выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. В России же профилактика остается «бедной Золушкой»: из средств обязательного медицинского страхования на нее в нашей стране расходуется 6%, на лечение – 94%, на реабилитацию – 0%.

Эта тема в России непопулярна, у нас нет еще так называемой медицинской культуры. Совмест-

Мэтр кардиологии

но с областным управлением здравоохранения была разработана и утверждена целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Томской области» (2001–2007 гг.). Программа вошла в соответствующую Федеральную программу (2002–2008 гг.), было получено финансирование. Создавались школы по борьбе с этим недугом, для населения проводились лекции. Есть и определенные результаты: если в 2000 году контролировали повышенное давление 4% больных, то теперь 20–22%. В результате уже в 2006 году было отмечено снижение смертности населения страны.

СМИ начали объяснять это повышением рождаемости, но улучшение демографической ситуации было обусловлено в большей мере существенным улучшением социально-экономических условий жизни населения и повсеместным внедрением данной программы, контролем артериального давления в масштабе всей страны. Ведь три кита, на которых держится атеросклероз – виновник инфарктов и инсультов, – повышенное давление, курение и уровень холестерина. Воздействие на эти факторы, как известно, позволило, например, в Финляндии (программа «Северная Карелия») снизить смертность от ишемической болезни сердца на 70%.

Пока средняя продолжительность жизни будет 56–60 лет, никакие высокие технологии, никакой материнский капитал не помогут вывести страну из демографической ямы. Все это имеет значение, но на первом месте, я не устану это повторять, все-таки находится профилактика.

Как влияет на «кардиологический пейзаж» Сибири такая проблема, как низкая приверженность пациента к лечению? Насколько это распространённая проблема?



Ангиоблок в Центре детского сердца Томского НИИ кардиологии

Это очень серьезная проблема. У нас в России очень низкая приверженность к лечению. Многочисленные эпидемиологические исследования, в частности, показали печальную закономерность: не более половины больных артериальной гипертонией знают, что у них повышено артериальное давление, из тех, кто знает, только половина лечится, из них только половина делает это правильно. Вместе с тем как раз широкое внедрение программы борьбы с артериальной гипертонией позволило существенно улучшить эти показатели.

Прекращают пациенты лечение по разным причинам. Расхожее мнение, что прежде всего влияет дороговизна медикаментов. Но когда проводили научные исследования по приверженности к терапии, оказалось, что цена лекарства – это не определяющий фактор. В первую очередь пациент прекращает принимать таблетки, как только ему становится легче, например, снижается давление.

Больные, как правило, ожидают быстрый эффект терапии. Но это не всегда возможно. Есть лекарства, которые непосредственно не облегчают состояние пациента, но значительно снижают прогрессирование болезни, продлевают жизнь. Речь, в частности, идет о статинах. В ряде стран до 80% больных ишемической болезнью сердца получают статины, в нашей стране этот процент едва достигает 20%. Выход из этой ситуации – образовательные программы для врачей и пациентов. Врач должен не просто назначить лечение, но объяснить механизм его действия и, конечно же, контролировать ход лечения. Большие сложности возникают при лечении мужчин, женщины более привержены к лечению. В своей практике мы стараемся по возможности объяснять необходимость длительной медикаментозной терапии родственникам пациента (жена, дочь, сестра).



Мэтр кардиологии



Вопрос со стоимостью медикаментов по-прежнему «больной» для кардиологии?

Конечно, за последние несколько лет эта ситуация не улучшилась, а наоборот. Нам не всегда удается лечить пациентов наиболее эффективными препаратами. Оригинальные медикаменты, как правило, дорогостоящие, зачастую недоступны как для пациента, так



и для бюджета клиники. Например, препарат Актилизе восстанавливает кровоток в 70% случаях, но мы не можем его широко использовать в виду дороговизны, поэтому чаще применяем стрептокиназу, эффективность которой на 20% ниже. Выручает появление более дешевых дженериков. Важно только использовать те из них, которые подтвердили свою эффективность в клинических исследованиях. Сейчас это – общая тенденция. Даже в США последние годы достаточно часто назначают дженерики.

По словам премьера Владимира Путина, 90% лекарств будет выпускаться в России – может, это спасет ситуацию?

Лозунг, что 90% лекарств будет российского производства, вызывает у меня серьезное опасение. Действительно, в постсоветское время мы практически потеряли отечественную фармакологическую промышленность. Ее, конечно же, следует восстанавливать. У нас были достаточно крупные предприятия, работающие на отечественных субстанциях, например, Красноярский завод антибиотиков. Сейчас, насколько мне известно, в стране выпускают дженерики на основе закупленных чаще всего в Китае, Индии субстанций не всегда высокого качества. Более того, большинство из этих лекарств не проходят многоцентровые исследования. Необходимо восстанавливать научные лаборатории, ибо любая крупная фармакологическая компания имеет свой исследовательский центр и значительную часть прибыли направляет на научные исследования. В Томске, например, НПО «Вирион» (исторически бактериологический институт, отметивший недавно свое 100-летие!) когда-то разрабатывал и выпускал конкурентноспособную продукцию. В настоящее время научно-исследовательский сектор там практически ликвидирован, следовательно, потеряна перспектива создания оригинальных препаратов. А за этим, между прочим, стоит безопасность страны.

Импонирует система лекарственного обеспечения в Швеции. Там без рецепта лекарства не купишь, но зато по рецепту врача все препараты бесплатно. Государство оплачивает оптимальное по цене лекарство согласно формуляру, хочешь более дорогое этого же спектра действия – доплати. Придем мы к этой системе или нет, трудно сказать. Но я считаю, что лечение, так же как и образование, все-таки должны быть бесплатными, тем более что Россия – не бедная страна.

В апреле этого года Вы стали номинантом премии «Пурпурное сердце». Цель учреждения этой премии – стимулирование и поощрение наиболее активных российских врачей-кардиологов, повышение престижа работы врача. А что эта премия значит лично для Вас?

В медицине я уже 50 лет, и это не первая моя награда. Вместе с тем особую ценность всегда представляет общественное признание, а премия «Пурпурное сердце» как раз признание медицинского сообщества, коллег. Поэтому она мне особенно дорога. Ведь Вы знаете, что номинация, в которой назвали мое имя, «Мэтр кардиологии», не выставляется на конкурс, а решение принимается президиумом Экспертного совета «Пурпурного сердца». В него входит, например, главный кардиолог Минздравсоцразвития Рафаэль Оганов и другие знаковые фигуры в области кардиологии. Поэтому мне это очень приятно и я горжусь этим. Тем более что в прошлом году «Пурпурное сердце» вручили выдающемуся ученому и врачу академику Евгению Ивановичу Чазову. Я очень благодарен своим коллегам за признание.

Я знаю, что Вы – «играющий тренер». Расскажите, пожалуйста, о каком-нибудь интересном случае из практики. Остались ли за все эти годы для Вас загадки в человеческом сердце?

Как отвечал мой учитель, великий российский врач Дмитрий Дми-

Мэтр кардиологии

триевич Яблоков, когда ему задавали этот вопрос: «Я прежде всего врач, а если врач, то как я могу без практики?» Также и мне, без пациентов было бы просто неинтересно. Стетоскоп и ежедневник, лежащие на столе, – это ведь не просто реквизит, я действительно постоянно ими пользуюсь.

Сегодня невозможно даже приблизительно подсчитать, какое количество больных я пролечил или проконсультировал за прошедшие годы работы врачом, ассистентом, доцентом, профессором, заведующим кафедрой и, наконец, руководителем отделения атеросклероза и ишемической болезни сердца, директором института кардиологии. Кстати, «сердце с загадками» в институте кардиологии меньше, чем на кафедре. Дело в том, что в клиниках института лечатся больные с относительно однообразной патологией, здесь в наличии все самые современные диагностические технологии. Большую сложность представляет выбор стратегии лечения. А вот на кафедре – вся внутренняя патология. Там каждый раз приходится решать сложнейшие диагностические «ребусы».

Вообще, работать стало проще и интереснее благодаря высокому уровню технического оснащения. Как известно, последние десятилетия XX века характеризовались буквально «триумфальным шествием» лучевых методов диагностики, как-то: магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография, эхокардиография. Когда я начинал работать, из оборудования был только стетоскоп и электрокардиограф, не было ни МРТ, ни компьютерных томографов, ни УЗИ. Помню, в 70-х годах, когда я активно занимался функциональной диагностикой, на одной из конференций в Институте ревматологии демонстрировали современную возможность эхокардиографии, и я впервые увидел работу клапанов сердца – голова закружилась от восторга. Но в Томске, к сожалению,

первый эхокардиограф появился лишь с открытием института в 1981 году.

Да, оценить в полной мере технический прогресс могут только врачи нашего поколения, которые начинали работать, когда успех диагностики зависел в основном от умения непосредственного исследования больного, владения методами перкуссии, пальпации, аускультации, как говорили, «хорошего уха врача». В то время и произошел интересный, как мне кажется, случай.

Ко мне пришла пациентка, которая сама себе поставила диагноз – «рак пищевода», ей было около 50 лет. Она жаловалась на дисфагию (затруднение прохождения пищи по пищеводу). При выслушивании у больной определялся первый хлопающий тон (тон Ромберга) и короткий пресистолический шум в положении больного на левом боку. Было ясно, что это митральный стеноз, т.е. сужение отверстия между левым предсердием и желудочком, что приводило к повышенной нагрузке на левое предсердие, его значительному увеличению и давлению на пищевод. Это и было причиной дисфагии. Этот диагноз подтвердился и рентгенологически. Пациентка от операции отказалась, но прожила достаточно долго, она внимательно соблюдала все рекомендации, которые мы ей дали. И погибла она не от рака, а от инсульта.

Можно вспомнить еще один случай, демонстрирующий возможности современной медицины. В клинику приехал молодой человек лет 20 из Читинской области, у него была третья стадия сердечной недостаточности. Пациент не мог лежать, его мучили ночные приступы удушья, сердечная астма. Определялась большая печень, отеки.

Этого пациента мы обсуждали на консилиуме, и я, как председатель, высказал предположение, что делать операцию будет слишком рискованно, в таких случаях очень большая летальность, поэтому лучше продолжить консер-



Кардиохирург Евгений Кривошеков (справа) в детской реанимации

вативное лечение. Однако хирурги решились на операцию, и она прошла успешно. Как я узнал спустя год, после этого наш пациент еще и поступил в университет!

Мы гордимся нашими хирургами, они действительно берутся за самые тяжелые случаи, что делают далеко не все специалисты.

Сейчас даже появился термин «отказники» – это больные, которым отказали в лечении. Таких больных в последнее время стало больше. Конечно, они «портят статистику». Помочь таким пациентам могут только высококвалифицированные специалисты в наиболее оснащенных клиниках. Это особенно касается детской патологии. Хирургия врожденных пороков сердца у новорожденных, интервенционная аритмология доступна лишь нескольким клиникам в стране. Сейчас для томских кардиохирургов нет возрастных ограничений, благодаря их мастерству, оснащенности операционных залов, мощной анестезиологии и реаниматологии, они оперируют и новорожденных, и 80-летних! Так сейчас во всем мире, а у нас – как и во всем мире! ☺