

Сегодня представляем читателям «МГ» второй монолог одного из ведущих европейских сосудистых хирургов, президента Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, руководителя отделения хирургии сосудов Института хирургии им. А.В.Вишневского, академика РАМН, лауреата Государственных премий СССР и РФ Анатолия ПОКРОВСКОГО, который он произнес накануне своего 80-летия. Первый из них (см. «МГ» № 89 от 24.11.2010) был посвящен в основном отношениям между корифеями хирургии и молодыми врачами.

### Любовь и подводные камни

Если разобраться, то сосуды – главные хранители жизни, находящиеся в постоянной работе. А сосудистая хирургия – один из лучших разделов медицины. Наши операции изначально направлены не на удаление чего-то, а на восстановление – в отличие от традиционной абдоминальной или торакальной хирургии, онкохирургии, для которых характерно избавление от заболевания посредством прежде всего удаления органов или их частей. Конечно, мне могут возразить: сосудистые хирурги часто начинают свои вмешательства именно с удаления сосуда. Но все-таки если мы и удаляем, то потом замещаем. В полостной хирургии в большинстве случаев речь идет лишь о восстановительных вмешательствах, направленных на устранение последствий от возникшего в результате резекции или экстирпации дефекта.

Были времена – в самом начале развития нашего направления – когда многие врачи считали, что выделять отдельно сосудистую хирургию бессмысленно, а вмешательства на сосудах должны проводить общие хирурги. К счастью, в наше время доказывать это уже ненужно. Количество узких хирургических специализаций постоянно увеличивается, и каждая из них позволяет добиться максимальных результатов в диагностике и лечении конкретных заболеваний.

Впрочем, у сосудистой хирургии есть свои подводные камни. У нас популярна злая шутка о том, что все операции на сосудах проводятся в 3 этапа: реконструкция, повторная реконструкция (связанная с тромбозом после первой реконструкции) и ампутация (потому что первые две операции окончились неудачей)... Как можно этому возразить? Пожалуй, всей историей развития сосудистой хирургии. Когда-то в сосудистой хирургии действительно был большой процент неудач. Яркий пример – еще в конце 60-х годов прошлого века летальность после операций на аорте составляла почти 50%! Но сейчас эта цифра колеблется вокруг 2%! Сложные сосудистые вмешательства проводятся не как в те годы – только в Москве, а практически во всех российских регионах – от Мурманска и Калининграда до Владивостока.

Тем не менее подводные камни остаются. Борьба за жизнь человека продолжается, и сосудистые хирурги находятся на переднем крае этой борьбы.

### От капроновых кофточек до производства

Первые мои научно-исследовательские работы, которые проводились совместно с Натальей Борисовной Добровой и ее сотрудниками – в 60-е годы прошлого века, когда сосудистая хирургия только начинала развиваться – были связаны с экспериментальным подбором различных материалов для сосудистых протезов. Тогда мы на собачках выясняли, какой тип лучше: вязаные, плетеные или тканые протезы.

Всё это были эксперименталь-

### Откровения

# Хранители жизни

## О сосудах, сосудистых хирургах, сосудистой хирургии и о том, что мешает ее развитию



ные образцы. Самые первые протезы делались мною вручную из капроновых дамских кофточек. Но со временем оказалось, что капрон рассасывается в течение 3 лет, и на смену этому рукоделию пришли фабричные протезы.

На государственном уровне была поставлена задача добиться производства отечественных тканых протезов в СССР. Ее решил замечательный ленинградский инженер Лев Львович Плоткин на Ленинградском производственном текстильно-галантерейном объединении «Север». Станков для создания и серийного выпуска качественных протезов там не было, но с помощью председателя Совета министров СССР А.Косыгина необходимые станки были закуплены в Великобритании. Л.Плоткин создал на «Севере» маленький цех по изготовлению тканых сосудистых протезов, которыми мы пользуемся вплоть до сегодняшнего дня! Конечно, со временем они были усовершенствованы, но факт остается фактом.

У меня были пациенты, которым повторные операции проводились спустя 30 лет, что говорит только об одном: эти протезы прекрасно работают. Правда, они не универсальны, их нельзя использовать для замещения коронарных сосудов, но для крупных, в частности грудной и брюшной аорты, – вполне.

Сейчас в С.-Петербурге налажен выпуск современных сосудистых протезов «Экофлон» благодаря упорству и настойчивости его директора В.Дьякова, также наши хирурги пользуются протезами зарубежного производства, которые очень дорогие.

Однако приведенный выше пример говорит о том, что в России могут быть созданы условия для производства сосудистых протезов любого уровня.

### В ожидании новых конструкций

Когда наше правительство и Минздравсоцразвития России начали внедрять программу высоких технологий, это стало колоссальным событием в жизни медиков и пациентов – дало

разорвавшейся брюшной аорты протезом. Еще до недавнего времени все операции при этом проводились открытым путем: после лапаротомии часть аорты с аневризмой удаляли и вшивали протез. Открытая операция разработана давно, и у меня есть пациенты, которые десятки

финансировать родители. В этом отношении положительных сдвигов в нашей стране нет. Может быть, в том числе из-за этого мы видим печальную картину: сейчас в России реально работают в основном сосудистые хирурги старшего поколения.

### Восстановить доверие

Сосудистым хирургам нередко приходится предлагать больным операции в период, когда те не чувствуют проявления болезни. Однако вмешательство им необходимо, оно должно исключить дальнейшее катастрофическое течение болезни.

В этом случае выбор пациента затруднителен, и здесь очень важно, что он услышит от своих друзей, соседей, других врачей. У россиян сейчас нет полного доверия к медикам, поэтому воспитание доверия к врачу в нашей стране должно быть государственной задачей. Разумеется, на подрыв этого доверия влияет поведение недобросовестных докторов, и мы должны внимательнее относиться к проблемам медицинского образования, этического воспитания молодых коллег.

Кроме того, должно быть вырабатано общее мнение о хирургии как о средстве не только для спасения человека от смерти, но и для облегчения его жизни, улучшения ее комфортности.

### С думой об инсультах

Если бы меня спросили, что мне необходимо для профессионального счастья, я ответил бы следующее.

Надо сохранить государственную программу высоких технологий, куда должны быть включены все основные виды реконструктивных сосудистых операций.

Не устаю повторять, что огромное значение имеет широкое внедрение к поликлиническую практику ультразвуковых методов исследования сосудов. В первую очередь это касается сонных артерий, сосудов головного мозга.

Если мы добьемся массового раннего выявления поражения сонных артерий, а в тандеме с этим – увеличения хирургических вмешательств по этому поводу, то реально снизим количество инсультов и смертей. Такая диагностика нужна, потому что болезнь не проявляется у 70% больных до момента развития самого инсульта. Пациенты старше 50 лет с диагнозом ишемической болезни сердца, сосудистыми заболеваниями ног, больные, у которых врач выслушал шум на сосудах шеи, – обязательно должны направляться на дуплексное сканирование, а затем, при выявлении стеноза сонной артерии, – к сосудистому хирургу. Будут об этом помнить врачи – будет снижаться число инсультов, которых в год в России происходит около 450 тыс. В то время как оперированным пациентам можно дать гарантию, что с ними много лет ничего не случится.

В число операций по высоким технологиям необходимо включать операции на сосудах нижних конечностей, которые пока не входят в планы руководителей нашего министерства. Но это ошибка. Такие операции спасают человека от ампутации, от инвалидности, а в конечном итоге – от смерти.

Записал Альберт ХИСАМОВ,  
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: академик РАМН Анатолий Покровский (справа) и его британский коллега, известный сосудистый хирург профессор Джон Вольф.

Фото Александра ХУДАСОВА.

лет живут с такими протезами и хорошо себя чувствуют. Эти протезы сделаны из фторэтиленовых волокон – из них делают парашюты для космических спутников. Они не рассасываются в организме больного и сохраняют удивительную прочность долгие годы. Мало того – они инертны.

Сейчас разработана эндоваскулярная методика: через бедренную артерию вводится искусственный протез внутрь аневризмы. Он изолирует аневризму, при этом протез фиксируется выше и ниже аневризмы. Но здесь хирургов ждал подвох: нижняя часть брюшной аорты у человека оказалась слабее, и в результате нижняя фиксация была ненадежной. Поэтому несколько лет назад от такого вида операции отказались. А вот в открытой хирургии этот вид вмешательства продолжает существовать и не дает осложнений. Да, протез при этом шьется вручную, но нитка не рассасывается всю жизнь!

Но и после этого научная медицинская мысль не застряла на месте: была создана специальная сложная бифуркационная конструкция, которая герметично присоединяла один протез к другому. Бифуркационные операции проводят сейчас в нескольких клиниках – в Институте хирургии им. А.В.Вишневского, Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского, в Екатеринбурге, Оренбурге, других городах. Это очень дорогая методика, поэтому в целом по стране выполнено около 100 таких вмешательств. Впрочем, и у этой операции выявляются слабые места: сам по себе протез надежен, но осложнения возникают в местах его фиксации.

Так что пока идет дальнейшая разработка и совершенствование методики, на мой взгляд, наиболее надежный способ такой операции – открытый. Есть серьезная статистика, которая говорит: после операций открытым доступом подавляющему большинству больных не грозит гибель от осложнений в отдаленные сроки.

### Перед выбором

Казалось бы, медицина, хирургия стали более интересными, я бы сказал, более красивыми. Однако мы наблюдаем ситуацию в стране – и радости не прибавляется. Люди в первую очередь стали думать, как заработать больше денег, а в результате – чуть не половина выпускников медвузов вообще не идет в медицину. Конечно, энтузиасты у нас были, есть и будут всегда, однако государство должно позаботиться о будущих врачах. Стипендия клинического ординатора в 2900 руб., а аспиранта – 1500 руб. совершенно недостойна. И не всех молодых врачей могут