

Сегодня исполнилось 75 лет заместителю директора Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, лауреату Государственной премии СССР, заслуженному деятелю науки РФ, академику РАМН Владимиру Петровичу Подзолкову. В 60-70-е годы прошлого века вместе с ведущими отечественными и зарубежными кардиохирургами Владимир Петрович стоял у истоков развития хирургии сложных, комбинированных врождённых пороков сердца. Им были разработаны важнейшие разделы детской торакальной хирургии. Он впервые в стране и в мире выполнил целый ряд операций на сердце и сосудах.

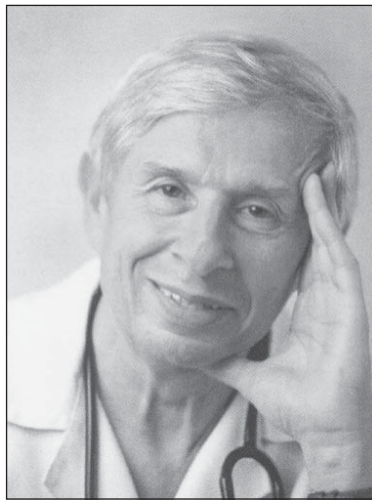
Встреча обозревателя «МГ» Альберта ХИСАМОВА с известным кардиохирургом произошла накануне юбилея.

– Владимир Петрович, начиная беседу, хотелось бы вспомнить «героические» годы Бакулевского института, грандиозную фигуру вашего учителя, выдающегося отечественного хирурга Владимира Ивановича Бураковского, других корифеев – его соратников. Когда вы почувствовали, что достойно продолжать их великое дело?

– Пройти школу у таких наставников, чувствовать их надёжное плечо – везение и счастье. Многие я почерпнул у них – и точность движений, и строго выстроенный ход операции. Но кроме упорного каждодневного труда рядом с ними необходимо было и постоянное изучение опыта врачей наших и зарубежных клиник. Как-то в середине 70-х годов и Владимир Иванович Бураковский, и возглавлявший отделение врождённых пороков сердца будущей академик РАМН Виталий Алексеевич Бухарин предложили мне самостоятельно решить судьбу 32-летнего пациента со сложным и на тот момент непонятным дефектом межпредсердной перегородки. Я решил оперировать, и когда вскрыл сердце, то увидел открытое овальное окно. Закрыл его заплаткой, но кровь продолжала поступать через открытый коронарный синус. Сначала никак не мог понять, в чём дело. Вот тогда-то и помогло обилие прочитанной медицинской литературы. Вспомнил, что в одной статье говорилось о подобной ситуации. Тогда я снял заплатку и не нашёл ни одной лёгочной вены, которая должна соединяться с левым предсердием. Это действительно был редкий порок – тотальный аномальный дренаж лёгочных вен в коронарный синус. Провёл «операционный манёвр» – радикальную коррекцию с помещением заплатки и вен через овальное окно в левое предсердие. Оказалось, что эта операция была первой в стране, а мне она придала ещё большей уверенности в работе.

– Долго даже перечислять операции, которые вы провели или разработали впервые в стране и в мире: радикальная коррекция единственного левого желудочка сердца с синистротранспозицией аорты, гемодинамическая коррекция митральной атрезии, реимплантация левой коронарной артерии в аорту при отхождении её от лёгочного ствола и прочая, прочая... Какое из новаторских вмешательств запомнилось наиболее ярко?

– Каждую из новых операций забыть невозможно. Хорошо помню, как в 1983 г. пошёл на предполагаемую тетраду Фалло, и в процессе операции столкнулся с необычным анатомическим строением сердца: оба магистральных сосуда отходили не от правого, а от левого желудочка. В результате сумел закрыть дефект заплаткой и сделать искусственный ствол лёгочной артерии,



– Владимир Иванович Бураковский часто брал меня с собой, чтобы оперировать «на местах». Самая первая поездка была в 1972 г. в дружественную Монголию. В Улан-Баторе мы провели пять операций. Я вылетел туда раньше на две недели с инженером Алексеем Ситало, специалистом по техническому обеспечению искусственного кровообращения. Он готовил оборудование, а я пациентов – и детей, и взрослых. Все вмешательства были успешными, без летальных исходов. В конце визита нас пригласили в Дом правительства для вручения монгольских наград. И вот представьте: с минуты на

роками сердца, осложнившимися сопутствующими заболеваниями. Например, в 2009 г. я опубликовал первую в стране статью, посвящённую сочетанию врождённых пороков сердца с ишемической болезнью сердца. Она связана и с проблемой, присущей нашим соотечественникам, которые постоянно откладывают операцию, часто боятся оперироваться. Причём часто речь идёт о людях с высоким интеллектом и даже медицинских работников. Не забуду профессора-физика 62 лет, у которого был выраженный двойной порок, и старшую операционную сестру с простым пороком – дефектом предсердной

ли окклюдером. А дефект был без одного из краёв. В результате дырка между предсердиями всё равно осталась. Я убрал этот окклюдер и закрыл дефект межпредсердной перегородки маленькой заплаткой. Мораль: нельзя делать операции без показаний.

– Чтобы вам хотелось пожелать новому поколению хирургов?

– Учиться искусству клинического осмотра. Сейчас многие врачи доверяют не собственным диагностическим навыкам и ощущениям, а исключительно техническим средствам диагностики. Аускультацию правильно провести не все умеют. А надо.

Беседы с корифеями

Как розовели пациенты с «синими» пороками

Несколько десятилетий напряжённого труда кардинально изменили исход тяжёлой врождённой патологии сердца

обходное шунтирование этого порока. Получилось, что я первым в стране сделал операцию при отхождении аорты лёгочной артерии от левого желудочка.

Я всю жизнь интересовался сложными врождёнными пороками сердца. И как-то в конце 80-х годов впервые в нашу страну приехала англичанка Джейн Сомервилль, одна из родоначальников детской кардиологии. И я рассказал ей о недавнем пациенте с практически неоперабельным кресс-кросс-сердцем, когда левый желудочек стоит на месте правого, и правое предсердие соединяется с правым желудочком, который стоит на месте левого. В таких случаях обычно выполняли межсосудистый анастомоз, но я подумал: есть операция Фонтена, которая заключается не в анатомической коррекции, не в восстановлении структуры сердца – это невозможно, а в гемодинамической коррекции. То есть надо было разделить потоки крови, чтобы артериальная кровь пошла в аорту, а венозная в лёгочную артерию. Операция заключается в хирургическом обходе правых отделов сердца. И мы её сделали в новом варианте: вшили протез между нижней полостью веной и правой лёгочной артерией и создали кавопульмональный анастомоз. Кровь пошла сразу в правую лёгочную артерию, а левый желудочек нагнетал кровь в левое предсердие. Так разделились потоки артериальной и венозной крови, а пациент с «синим» пороком быстро стал розовым. И я с умыслом спросил знаменитую англичанку: «А что бы сделали вы, Джейн, чтобы уменьшить синеву?» (так образно мы говорим о цвете кожных покровов пациентов с декомпенсированными пороками – «синие» и «белые»). Она задумалась, и сказала о межартериальном анастомозе. «А мы уже сделали пациенту операцию Фонтена», – сказал я. Госпожа Сомервилль была удивлена и попросила прислать ей подробное описание операции и результатов лечения. И представьте, что пока дождалась публикации в американском журнале *Pediatric Cardiology* в апреле 1990 г., мы прооперировали ещё три таких случая!

– Сейчас во многих регионах страны успешно оперируют детей с врождёнными пороками сердца. В этом и ваша заслуга...

минуту должна начаться церемония награждения, а нашего анестезиолога Сослана Васильевича Цховребова нет! Я быстро спустился вниз, смотрю, а он пальто сдал в гардероб и безрезультатно ждёт номерок. В правительственном гардеробе номерков не было – там знали всех в лицо.

Первая самостоятельная «операционная» поездка была в 1974 г. в Тбилиси, потом в Ивано-Ашхабад, Ростов-на-Дону... Сейчас в стране работают несколько федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии. Там, в небогатых койками отделениях для детей с врождёнными пороками сердца работают мои ученики: в Новосибирске – Юрий Горбатов, в Красноярске – Дмитрий Дробот, в Пензе – Алексей и Игорь Черногровы, в Хабаровске – Юрий Шамрин, в Астрахани – Антон Шмальц и другие. Эти центры, охватывающие близлежащую территорию, необходимы, они приблизили медицинскую помощь к населению, что особенно важно для новорождённых. Каждый лишний час их транспортировки – вопрос жизни и смерти.

– Сейчас в Бакулевском центре работает целых 7 детских кардиохирургических отделений...

– Они появлялись постепенно и специализированы не только по патологии, но и по возрасту: например, 3 – для новорождённых и детей первого года жизни, ещё 2 – для детей от 1 года до 3 лет. Отделением экстренной хирургии новорождённых детей и детей первого года жизни руководит директор центра академик РАМН Лео Антонович Бокерия. Ну а наше отделение – хирургии детей старшего возраста – исторически самое первое, из него выросли все остальные. По-прежнему наша самая главная задача – уменьшить летальность у детей при хирургических вмешательствах. Очень важно вывести маленького пациента из ацидоза, правильно выбрать момент для проведения операции. Поспешность может плохо закончиться.

В хирургии пороков сердца остаётся ещё много клинических проблем. Например, когда у взрослых пациентов поздно диагностируют пороки. Они долгие годы чувствовали себя хорошо, а осложнения от порока проявились позже. Другая группа больных – с врождёнными по-

перегородки. Предупреждал их, что без вмешательства их самочувствие с каждым годом будет ухудшаться. Так и случилось. Через 3 года в обоих случаях появились тяжёлые нарушения ритма, мерцательная аритмия. И кроме операции коррекции порока им надо было затем отдельно лечить нарушения ритма.

Другая группа проблемных пациентов – перенёсшие в детском возрасте какую-то паллиативную операцию, например межартериальный анастомоз. Они долго чувствуют себя хорошо после таких вмешательств, но потом их состояние всё равно ухудшается. И сложные пороки приходится регистрировать во взрослом возрасте. Оперировать взрослых пациентов намного сложнее, чем маленьких, у которых чистенькое сердечко, и всё видно. Одно повторное вскрытие грудины, после которой развиваются коллатеральные венозные сети, утяжеляет операцию. Есть и другие проблемные группы пациентов.

– Вы – представитель классической, открытой хирургии. Нет ревности к представителям эндоваскулярных технологий?

– Об этом вам лучше расскажет академик РАМН Баграт Алякян. Спросите Баграта Гегамовича, кто стоял у него за спиной во время первых эндоваскулярных вмешательств. А сейчас благодаря его деятельности и труду его коллег Россия располагает сетью прекрасных эндоваскулярных центров.

Действительно, ряд пороков можно устранить, не вскрывая грудную клетку. Например, межпредсердный дефект. Почему не закрыть его окклюдером, если хорошо структурированы края? А раньше все подобные пороки подлежали полостным операциям. Очевидно, что теперь оба метода полноценны и равноправны, и чтобы выбрать один из них, врачу необходимо строго ориентироваться на показания. Иначе можно и навредить. Например, не так давно одному пациенту было выполнено эндоваскулярное вмешательство, но не устранены ещё два порока, которые можно было закрыть только с помощью открытой хирургии. Мне пришлось сделать ещё одну стандартную операцию. Зачем же проводить два вмешательства, когда достаточно обойтись одним?

Ещё один пример. Двухлетнему ребёнку большой дефект межпредсердной перегородки закры-

Например, смотрю как-то эхокардиограмму, а потом провожу аускультацию пациенту. И вдруг слышу диастолический «шумок», который исходил из аортального клапана и не нашёл отражения в заключении. Сделали эхокардиограмму ещё раз, и мой диагноз подтвердился. Или – слышу шум у больного сразу после операции, расстраиваюсь, думаю, что-то не то сделал. На следующий день шум носит другой характер. Кровь до операции в сосуд не шла, а теперь началось его полноценное наполнение, и шум стал незначительным, а вскоре исчез совсем.

Ценность хирурга определяется его опытом и его способностью оценить данные, полученные с помощью различных методов обследования больного – эхокардиография это или 132-срезовая компьютерная томография.

– Судя по всему, Владимир Петрович, вы находитесь в прекрасной физической форме. А от чего зависит ваше настроение?

– До сих пор моё настроение меняется от состояния моих пациентов. Не могу смириться с какими-то осложнениями, потерями, остро это переживаю. Но если с больными всё в порядке, то я вполне удовлетворён своей жизнью, а иногда – после удачных операций – просто «летаю».

Работа для меня всегда была на первом месте. Вчера оперировал 26-летнего больного с тяжёлым пороком аортального клапана, который уже перенёс одно вмешательство в 2003 г. и поступил к нам с полным кальцинозом. Старый клапан убрал, поставил новый. Час назад я вышел из операционной, где моим пациентом был мальчик 9 лет, которому в возрасте 1 года была проведена радикальная коррекция отхождения аорты и лёгочной артерии от правого желудочка с дефектом межжелудочковой перегородки и стенозом лёгочной артерии. Однако недавно у него выявили подклапанный стеноз лёгочной артерии. Во время операции также обнаружили дефекты межжелудочковой перегородки. Вскрыл правый желудочек, убрал стеноз, ушил дефекты, расширил правый желудочек заплатой.

Завтра на столе меня будет ждать новый больной с «синим» пороком сердца. Надо сделать всё, чтобы он вышел от нас розовым. Такова счастливая жизнь хирурга.