

От редактора

© Л. А. БОКЕРИЯ, 2004

НАЧАЛО ПРОДОЛЖЕНИЯ. МИТТЕЛЬШПИЛЬ

Л. А. Бокерия

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева (директор – академик РАМН Л. А. Бокерия)
РАМН, Москва

Начало продолжения Миттельшпиль

В этом году исполняется четверть века с того времени, когда автор этих строк впервые серьезно углубился в изучение того, что называлось электрофизиологическим исследованием сердца и хирургическим лечением жизнеугрожающих аритмий. За истекший период времени изменилось очень многое. В том далеком теперь уже 1978 году литературы по электрофизиологической диагностике тахиаритмий было очень мало, она носила в основном фундаментальный характер, а всех операций, выполненных в клинике, в основном при синдроме преждевременного возбуждения желудочков, было не более сотни. Идея окунуться с головой в проблему тахиаритмий возникла не от хорошей жизни. С одной стороны, у меня была уже известность в научном мире, поскольку Ленинская премия 1976 года серьезно высветила и всю проблему гипербарической оксигенации, и представила авторов этой работы. С другой стороны, все это уже было в прошлом (опьянение от столь громкого успеха), а клиническая деятельность тормозилась и объективными, и субъективными причинами. Мой учитель, великий кардиохирург В. И. Бураковский, был очень тонким психологом. Изо дня в день видя мою неумную энергию, он понимал, что держать меня на голодном пайке в хирургической деятельности становится все сложнее и что так долго продолжаться не может. И однажды он сказал мне, чтобы я сам искал себе новую тему и что любая тема, которая мною будет предложена, будет оформлена в виде создания клинического подразделения и я смогу делать практически все, если это будет укладываться в научные планы Института сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. Два с половиной месяца почти ежедневного посещения центральной медицинской библиотеки, а иногда и профессорского зала Ленинской библиотеки привели меня в проблему хирургического лечения тахиаритмий. Надо

сказать, что в то время брадиаритмические устройства были весьма примитивны, особенно отечественные электрокардиостимуляторы, и никоим образом меня не привлекали. Зато в проблеме хирургического лечения тахиаритмий передо мной открылось необозримое поле познания и дальнейшего развития сердечно-сосудистой хирургии. Помимо лечения «чистых» тахиаритмий, невероятно привлекательным было и то обстоятельство, что хирург получал доступ во все разделы сердечно-сосудистой хирургии (врожденные и приобретенные пороки сердца, ишемическая болезнь сердца), поскольку все они в значительном проценте случаев сочетались с аритмиями сердца. Немаловажно отметить и то, что больные с сочетанной патологией считались неоперабельными. Это уже позднее появились широкая гамма лекарственной терапии и классификация антиаритмических препаратов, серийное производство программируемых электрокардиостимуляторов для электрофизиологических исследований, учение о картировании сердца, в том числе многоканальном, находки в механизмах различных видов тахиаритмий и многое другое. А тогда не было серийных образцов оборудования, литературных источников было очень мало, а кардиологические конгрессы, не говоря уже о кардиохирургических, если и касались проблемы аритмий сердца, то в основном брадиаритмий. Итак, в 1978 году для меня стало ясно, что проблема тахиаритмий полностью овладела мной, но чтобы перекинуть мост от базисных сведений из электрофизиологии к диагностике отдельных заболеваний и их лечению, надо было как-то увидеть хотя бы один клинический случай. Когда я определился со своим будущим и с этим пришел к своему учителю и поделился мыслями о том, что надо бы где-то посмотреть эту самую хирургию аритмий, он моментально оценил реальность проблемы, стал думать о том, как направить меня в одну из двух клиник: Дьюкский медицинский центр в США или клинику Пети Сальпетриер в Париже (Франция) для ознакомления

с проблемой. Реально это и были две основные в мире клиники, в которых был накоплен небольшой клинический опыт: в американском центре разрабатывались преимущественно вопросы хирургического лечения предвозбуждения желудочков, во французской — вопросы хирургического лечения идиопатических желудочковых тахикардий. Была еще одна яркая фигура в Филадельфийской университетской клинике (США) — Марк Джозефсон (M. Josephson), но он был кардиологом, а потому его клиника первоначально не рассматривалась как центр, где можно было бы подучиться хирургической аритмологии. Но моей судьбе было угодно, чтобы осенью 1979 года меня командировали на один месяц в Дьюкский медицинский центр, где тогда продолжал работать Уильям Сили (Will Sealy), впервые выполнивший успешную операцию у пациента 32 лет с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта. В это время только что закончили резидентуру ныне всемирные авторитеты Джеймс Кокс (James Cox) и Джон Галагер (John Gallagher), которые работали с Сили. А летом следующего года состоялась командировка в Париж, которая в течение нескольких лет, как это бывало раньше, готовилась под совершенно другую тематику. Здесь я познакомился с Жераром Гирадодом (Gerard Guiradon) и Ги Фонтеном (Guy Fonten). Таким образом, на протяжении полугода мне удалось побывать в обеих клиниках и существенно ускорить процесс внедрения хирургической аритмологии в нашем Институте. Добавлю к этому, что в 1981 году профессор Вахтанг Пипия в Тбилиси предложил мне поехать с ним в США, поскольку он не владел английским языком, а в Минздраве была запланирована поездка грузинского профессора с англоговорящим ученым (такие поездки время от времени случались). Во время этой поездки мы посетили Марка Джозефсона, и таким образом в течение небольшого периода (менее 2 лет) мне удалось познакомиться с работой крупнейших аритмологических центров США и Франции. Вернувшись из первой командировки в 1979 году, я пригласил принять участие в работе над созданием первого программируемого электрокардиостимулятора выдающегося инженера Валерия Григорьевича Авалиани, в ту пору наиболее известного медицинского электронщика, работавшего в нашем Центре. По очень счастливой случайности в том же году А. Ш. Ревишвили блестяще закончил обучение в Первом Московском медицинском институте им. И. М. Сеченова, был рекомендован в аспирантуру и выбрал для прохождения аспирантуры наш Институт и конкретно мою лабораторию гипербарической оксигенации. Он сыграл выдающуюся роль в создании вышеупомянутого программируемого стимулятора, проведя огромную серию экспериментов по электрической изоляции левого предсердия с использованием

этого устройства. В. И. Бураковский, понимая важность проблемы, выделил 20 коек (с 1981 года — отделение аритмологии) под проблему хирургической аритмологии. Мы быстро начали оперировать больных с самой разнообразной патологией, как с изолированными нарушениями ритма сердца, так и с тахикардиями, сочетающимися с другими заболеваниями сердца. Уже в 1986 году эта работа была удостоена Государственной премии СССР.

25 лет — это большой срок для одной научной проблемы. И он действительно вместил революционные изменения, происходившие на этом поле борьбы за здоровье человека. Жизнеугрожающие аритмии — это настоящий бич современного мира. Известно, что ежегодно более 450 тыс. американцев умирают внезапно. Подавляющая часть этих смертей обусловлена аритмией сердца. Каждый третий больной в мире, который обращается за медицинской помощью, жалуется на аритмию сердца, а у каждого четвертого госпитализированного в диагнозе самостоятельно или в сочетании с другими заболеваниями значится и аритмия.

Сегодня, когда в Центре выполнено более 10 тыс. этих операций и несколько тысяч электрофизиологических исследований у больных с аритмиями сердца, мы можем сказать, что это тот базис, который позволяет претендовать на право высказывать точку зрения нашего коллектива на многие вопросы аритмологии. Мы прошли все этапы развития аритмологии: от трудностей внедрения в клиническую практику повсеместно электрофизиологических методов исследования, картирования сердца до операции с искусственным кровообращением, от фулгурации до радиочастотного воздействия. Не миновала нас судьба и в работе с использованием криометодов, которые, как и многие другие, сохраняют свою актуальность и по сей день.

Воистину украшением клинической медицины стало новое направление — неинвазивная аритмология, которое блистательно представляет сегодня воспитанница нашего Центра Е. З. Голухова. Поверхностное картирование, внедрявшееся невероятными усилиями И. П. Поляковой почти два десятилетия назад, стало сегодня незаменимым пособием в ряде случаев дифференциальной диагностики.

В самый пик развития хирургической аритмологии мне довелось участвовать в неформальной дискуссии о дальнейших путях развития способов лечения аритмий сердца. Происходило это зимой в Марилеве, на севере Италии, где каждые два года проводится конгресс под названием «Современные тенденции аритмологии». Особенностью этих конференций был распорядок дня: до обеда участники катались на лыжах, а с 3 часов дня начиналась научная программа. Приезжали семьями, и нередко можно было видеть, как во время выступления какого-нибудь папаши или мамыши в зале

спокойно появлялся ползающий ребенок или чадо постарше, канючившее что-нибудь у докладчика. Некоторые участники умудрялись сломать руку или ногу и появлялись на трибуне в гипсе или с явными признаками травмы на лице. Никого это не раздражало и, наоборот, привлекало на конференцию великое множество народа. Заседания заканчивались в 8 часов вечера, а затем был добротный итальянский ужин с вином и долгими дискуссиями за обеденными столиками. Во время одного из таких ужинов разгорелся жаркий спор между электрофизиологами и хирургами. Он носил принципиальный характер, потому что электрофизиологи считали, что совершенно необязательно устранять источник аритмии, а речь шла в основном о синдромах предвозбуждения желудочков, но достаточно изменить рефрактерность этого источника и тахикардия не будет возникать. Хирурги, и я в том числе, горячо отстаивали ту точку зрения, что аритмия должна быть полностью уничтожена, вернее ее источник, а если это невозможно, то надежно изолирована. В тот вечер каждый остался при своем мнении. Но уже вскоре появился метод фулгурации (термин Ги Фонтена: фулгурация — эквивалент химической части воздействия молнии), а затем и метод радиочастотного воздействия, который с применением катетера начал использоваться для лечения тахикардий. В течение нескольких последующих лет катетерные методы полностью вытеснили хирургическое пособие из проблемы аритмологии. Произошло это благодаря тому, что катетерные методы оказались не только проще, безопаснее для больного, но и результативность их чрезвычайно высока: при некоторых аритмиях достигается стопроцентный успех.

Если сегодня «прокартировать» проблему аритмологии, то нельзя не отметить целый ряд тенденций, которые в силу кажущейся простоты в дальнейшем заводят проблему аритмологии в тупик. Попытка решения всех проблем катетерными методами — это тот случай, когда можно сказать по аналогии с другими ситуациями в клинической медицине, что ни один метод не может быть панацеей от всех бед. Равно как и катетерная, а точнее эндоваскулярная операция. Другой особенностью является то, что наметился явно «нездоровый» крен в сторону использования методов электротерапии, чтобы не выполнять операцию на открытом сердце.

Аритмология сегодня — это самостоятельная специальность, имеющая весь набор составляющих, необходимых для того, чтобы называться специальностью. Это широкий спектр заболеваний, в том числе осложняющих течение других болезней. Его крайним выражением является внезапная сердечная смерть. Существуют очень адекватные методы диагностики различных видов аритмий. Фармакопея располагает необходимым набором медикаментозных средств, а процесс создания

новых препаратов интенсивно продолжается. Разработаны и активно используются для лечения брадиаритмий физиологические системы, которые по своим возможностям нередко превосходят естественный водитель ритма и проводящую систему. Имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы новейшего поколения позволяют не только спасти пациента от внезапной смерти, но могут осуществлять функции многокамерного электрокардиостимулятора для лечения не только аритмий сердца, но и дисфункции различных камер сердца. Они нашли применение и существенно уменьшают остроту проявлений в лечении сердечной недостаточности. Наконец, для лечения самых тяжелых проявлений аритмии сердца, каковой, например, является желудочковая тахикардия, сочетающаяся с аневризмой сердца, хирургическое пособие действительно позволяет осуществить радикальное лечение. Простейший анализ ситуации свидетельствует о том, что в изучение разнообразных аспектов аритмологии вовлечены врачи и ученые разных специальностей, а проблемы, которые активно обсуждаются в непрофильных журналах, на различных съездах и конференциях столь многочисленны, что часто теряются в существующей бездне информации.

Человеку свойственно мыслить образами. Вспоминая свои первые попытки проникнуть в тайны электрофизиологии в конце 70-х годов, я воистину не мог поверить тому, что, прочитывая раз за разом казавшиеся столь естественными медицинские сведения по процессам возникновения возбуждения и его проведения по сердцу в нормальном сердце и при патологии, я мог многократно констатировать, что не могу построить в своем сознании и памяти образы, которые позволили бы мне проникнуть в суть вопроса. И, как всегда это бывает при изучении предмета, должно пройти достаточно времени, чтобы наши мыслительные способности приспособились к новой информации и неведомым нам путем устроились в том порядке, при котором в последующем ответ на вопрос может быть получен по любому из многочисленных признаков, находящихся в виртуальном пространстве знаний по аритмологии. Боюсь, что очень многие врачи, сталкиваясь с трудностями описанного выше свойства, перестают проникать в тайны этого чудодейственного превращения интереса к знаниям в реальные знания.

Когда началась специальность аритмология? Безусловно, аритмии сердца известны очень давно. Но до того времени, пока не появились современные методы диагностики и лечения, трудно было говорить об этом разделе клинической медицины как о специальности. Мне представляется, что конец 60-х и начало 70-х годов являются ранним дебютом этой специальности. В конце 60-х годов были сделаны робкие попытки электрофизиологического исследования проводящей системы

в работающем сердце человека. В 1968 году Уилл Сили выполнил первую успешную операцию больному с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта. В 1971 году Велленс (J. Wellens) опубликовал свою знаменитую книгу по программируемой электрической стимуляции сердца. Именно начиная с этого времени больной, который пришел к врачу с жалобами на ускоренное сердцебиение или на его замедление и у которого в момент посещения врача на электрокардиограмме не фиксировалось никаких нарушений сердечного ритма, мог быть достоверно прообследован с помощью программируемой электрической стимуляции сердца, которая позволяла вызвать приступ аритмии, заставившей его обратиться к врачу, и прекратить этот приступ. Наличие этого метода позволило дифференцировать врожденные и приобретенные заболевания проводящей системы сердца, распределить все нозологические формы по механизму возникновения, развития и прекращения и благодаря этому предложить альтернативные методы лечения. Дебютные новинки, как принято говорить в шахматном мире, продолжались вплоть до середины 90-х годов. К этому времени аритмология стала непременным участником всех кардиологических и кардиохирургических собраний, были развернуты специализированные отделения, произошло размежевание на узкие специальности. Были достигнуты выдающиеся успехи в создании новейшей лечебной электроаппаратуры для физиологического лечения брадиаритмий, имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов для профилактики внезапной смерти и лечения жизнеугрожающих аритмий, разработаны и внедрены в клиническую практику операции по лечению наджелудочковых и желудочковых тахикардий, синдрома преждевременного возбуждения желудочков, множественных аритмий, а также аритмий, сочетающихся с другими заболеваниями сердца. Последняя группа больных перестала относиться к категории неоперабельных и в настоящее время весьма эффективно лечится в стационарах, располагающих хорошим уровнем электрофизиологической диагностики. Колоссальные успехи были достигнуты в лечении пациентов детского возраста, включая новорожденных и грудных детей. Только наш Центр располагает опытом лечения более 700 детей с аритмиями сердца.

Внедрение катетерных методов лечения решило проблему доступности, поскольку аритмиями сердца страдают сотни тысяч пациентов в разных странах, а хирургическое пособие в столь широком масштабе, разумеется, не под силу ни одному обществу. Поэтому простой и эффективный метод излечения аритмии с использованием трансвенозного или трансаортального доступа — фактически амбулаторное пособие, которое действительно

решает проблему массового заболевания. Если вновь обратиться к системе образов, то аритмология в наши дни находится в стадии миттельшпиля, что в шахматах означает «самый разгар партии», когда участникам предоставлен широчайший выбор продолжений. Но и здесь, разумеется, колоссальное значение имеют опыт, знания, другие составляющие, позволяющие выбрать наиболее правильный путь решения поставленной задачи. В нашем случае очень важно еще и терпение врача, и взаимодействие с пациентом, и желание последнего сотрудничать с нами.

Врач, который сегодня вступает в исключительно интересную и многообразную проблему аритмологии, вынужден считаться с тем, что ему предстоит очень много работать над предметом, который за какие-то 25 лет воистину превратился в необъятное поле знаний и врачебной деятельности. Посоветуем ему быть терпеливым и внимательным, и тогда он научится такому врачебному искусству, которого не было каких-то 25 лет назад, а в некоторых разделах аритмологии еще и 10 лет назад.

Новый журнал мы начинаем со статей, которые были к этому времени в портфеле редакции. Цель журнала — дать специалистам, работающим в проблеме аритмологии, еще одну трибуну для обмена опытом и повышения квалификации. Многие из представленных здесь работ выполнялись на протяжении не одного теперь уже десятилетия и являются своеобразным итогом тех усилий, которые мы приложили в том или ином разделе клинической аритмологии. Мы приглашаем к сотрудничеству всех, кто располагает опытом, знаниями и желанием развивать эту проблему, общие и частные вопросы аритмологии. У аритмологии вообще и у отечественной в частности — большая и содержательная история. Она должна быть описана, пока живы и активно трудятся создатели ее новейшей истории. Аритмология, как ни один другой раздел клинической медицины, широко пользуется последними достижениями техники. Мы уверены в том, что креативные направления будут продолжаться, а наши специалисты в области конструирования и производства современных антиаритмических устройств и устройств для диагностики аритмии станут активными участниками журнала.

Но, конечно, главное — это участие ученых и клиницистов, активно работающих в проблеме диагностики, лечения и реабилитации больных с различными формами нарушений сердечного ритма. У них появился журнал для обзоров, оригинальных статей, случаев из практики, дискуссий.

Хочу всем от души пожелать крепкого здоровья, благополучия и успехов в профессиональной деятельности.