

Рискнём предположить, что учёный, который лишён возможности превратить свои научные идеи в жизнь, в итоге просто перестает их генерировать. Особенно если на пути мыслителя, первооткрывателя, изобретателя возникают не объективные сложности, а искусственно созданные кем-то препятствия.

О том, легко ли быть исследователем в нашей стране, о вкладе отечественных учёных в развитие мировой сердечно-сосудистой хирургии, а также о роли и возможностях данной области медицины в здравоохранении сегодняшней России мы говорим с директором томского Научно-исследовательского института кардиологии академиком РАН Сергеем ПОПОВЫМ.

— На днях в Томске прошла мемориальная конференция, посвящённая академику Викентию Пекарскому. Много сказано о его заслугах в становлении мировой аритмологии и кардиохирургии. Но, оказывается, не всё, что было впервые создано именно советскими учёными, вошло в историю медицины под их именами. Почему?

— Говоря о научных приоритетах, надо с большим сожалением признать, что наши предшественники не всегда спешили сообщить широкому учёному сообществу о своих новых идеях. А коль скоро приоритет оценивается по патентам и статьям в специальной литературе, то право быть пионером в научном мире определяется тем, кто из авторов первым опубликовал сообщение о своём открытии.

В этом смысле начало эры внутрисердечной радиочастотной абляции как метода лечения тахикардии связано с 1982 г., когда американские хирурги M. Scheinman и J. Gallagher впервые выполнили эти операции в разных клиниках, независимо друг от друга. Им двоим и приписывается мировой приоритет в данном направлении аритмологии. Но необходимо сказать, что в том же году под руководством В. Пекарского были выполнены первые операции внутрисердечной абляции в Томском НИИ кардиологии. Это было первое применение данной методики в СССР и, как мы тогда думали, в мире. Однако в тот момент мы не опубликовали эти материалы и только в 1984 г. оформили приоритетную справку на получение патента. Поэтому, если подходить формально, учитывая появление статей американских учёных в журналах, то мы не первые. Но если исходить из фактов и дат выполнения операций, можем смело считать себя первыми.

Зато другая разработка академика В. Пекарского — биполярный способ эндокардиальной деструкции при аритмиях — абсолютный приоритет советской науки. Так же, как ещё один мировой приоритет, поддержанный несколькими патентами — лечение внезапной сердечной смерти методом дефибрилляции. Правда, приходится с огорчением констатировать, что данная разработка томских врачей и учёных принесла нам мировое научное признание, однако страна не смогла удержать это первенство в производстве дефибрилляторов. Правительство не нашло денег на то, чтобы приобрести за рубежом аккумуляторы, без которых невозможно было наладить выпуск этих приборов в СССР. В итоге великое открытие — бифазный разряд дефибриллирующего импульса, — предложенное сибирскими учёными в начале 80-х годов, через несколько лет начали повсеместно использовать в зарубежных моделях дефибрилляторов.

Конечно, сейчас в хирургической аритмологии очень много новых способов и методов, которые существенно эффективнее. Но в то время сибирские учёные демонстрировали действительно большие достижения. Я пришёл в Институт кардиологии в 1982 г., и В. Пекарский говорил нам, молодым кардиохирургам: «Надо заниматься фибрилляцией предсердий». Последующие

проводим интраоперационно. Это позволяет поставить пациенту с аритмией диагноз не просто более точный, а более тонкий. Чаще всего пишут «идиопатическая фибрилляция предсердий», а на деле оказывается, что там перенесённый инфаркт, «немые» рубцовые зоны в предсердии и т.д. Следовательно, тактика лечения больных с фибрилляцией предсердий должна менять-

эксперименте, потом в клинике, а затем появилось предприятие, созданное на базе одного из томских научных институтов, которое довело аппарат до промышленного образца. Но тогда мы всё делали, основываясь на дружеских связях и энтузиазме. А сегодня подобная коллаборация невозможна без больших финансовых вложений со стороны бизнес-структур, которые далеко

— Давайте перейдём от науки к практике. Возможности российской аритмологии покрывают потребности населения в данных видах помощи?

— Начну с того, что за последние 7-8 лет достигнуты очень большие успехи в данном разделе отечественного здравоохранения — кардиохирургии, интервенционной кардиологии, интервенционной аритмологии. Это результат того, что государство выделяет средства на выполнение высокотехнологичных операций. И тем не менее пока мы не покрываем потребности. Во всех крупных российских регионах есть аритмологические отделения, федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии тоже работают в разделе «аритмология». Всем нам работы хватает, и очереди на лечение есть.

К примеру, у наших коллег из Новосибирского НИИПК им. Е. Н. Мешалкина (ныне Федеральный федеральный биомедицинский исследовательский центр им. Е. Н. Мешалкина, — ред.) объём госзадания растёт, но во второй половине года всегда формируется очередь больных. Это свидетельство того, что потенциальных пациентов больше, чем квот. Была бы возможность, и наш институт мог бы выполнять не 2 тыс. аритмологических операций в год, а больше.

— Главный эндоваскулярный хирург Минздрава России академик Баграт Рос-сиян в интервью «МГ» сказал, что не доволен результатами деятельности эндоваскулярных операций, сеть которых заметно увеличилась. На миллион жителей в России выполняется 110 внутрисосудистых операций, в то время как в Германии — 3400, в Голландии ещё больше.

— Абсолютно согласен с академиком Б. Алексеевым. Эти дорогостоящие операционные простаивают не потому, что в России мало больных с острыми инфарктами и инсультами, а потому что плохо организована их работа. И я добавил бы в список не только количество выполняемых операций, но и набор внутрисосудистых вмешательств, в этом плане мы тоже отстаём от ведущих стран.

Хотя для нашей страны действительно первостепенный именно вопрос организации оказания экстренной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Как в Томской области, Красноярском крае, Якутии и других крупных регионах доставить больного в сосудистый центр за полтысячи километров в течение часа — максимум трёх? Дороги часто плохие. Санавиация — очень затратный вид транспортировки. Но значит ли это, что о ней надо забыть раз и навсегда? Конечно, нет.

В Краснодарской краевой больнице № 1 активно используют санитарную авиацию для транспортировки экстренных пациентов из отдалённых районов. Такая система организована ещё при бывшем губернаторе, в неё вложены деньги краевого бюджета, и финансирование поддерживается при новом главе региона. Вот пример правильной организации медицинской помощи при сердечно-сосудистых катастрофах. И это разумнее, а главное — дешевле, чем в глубинке строить сосудистый центр, который будет работать впустую. Тут уместно вспомнить слова моего собеседника «денеги — не главное»: действительно, иногда важнее не сами деньги, а правильное решение о том, как их потратить.

Подготовила  
Елена ВУШ,  
обозревател «МГ».

## Точка зрения

# Идей много. С реализацией проблемы

## Почему и медицинская наука, и практика попали в финансовую зависимость?



Академик РАН Сергей Попов

десятилетия подтвердили его правоту, весь мир сейчас занимается разработкой и совершенствованием подходов к лечению данной формы аритмий.

— Насколько я знаю, это патология, в отношении которой до сих пор нет единой точки зрения на выбор подходов к лечению.

— Да, это одна из тахикардий, которая не поддаётся лечению с большой долей эффективности. Процент успешности, который сейчас достигается выполнением операции Мейза «лабиринт», не превышает 50-80. И даже в этих случаях эффект сохраняется лишь в течение одного-трёх лет, затем операцию нужно повторять. Она небезопасная, финансово очень затратная и технологически сложная.

В нашем институте продолжают научные исследования природы фибрилляции предсердий. Есть основания полагать, что, кроме общеизвестных, существуют и другие причины возникновения данной патологии, в частности, воспаление, генетические аспекты. Мы показываем это с помощью биопсийного материала, забор которого из миокарда

ся, мы не можем ограничивать её аблацией.

— Сергей Валентинович, предположим, правильно, гипотезы томских учёных будет доказана, они предложат новые подходы к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий и даже оформят российский приоритет. Как скоро эти новые подходы войдут в клиническую практику?

— Не скоро. За рубежом в разделе «трансляционная медицина» работают специальные институты, а у нас организацией всех

необходимых процессов трансляции идеи в практику должны заниматься сами учёные: придумать что-то новое, привлечь инвесторов, провести клинические испытания и убедиться в эффективности новой технологии, создать опытные приборы, а затем внедрить их в промышленное производство и передать в клинику. В нашей стране данная схема пока слабо работает.

Однажды, задолго до того, как появилось само понятие «трансляционная медицина», Томский НИИ кардиологии Сибирского отделения РАН уже проходил этот путь. Я говорю о разработанном здесь в 1989 г. методе радиочастотной абляции, благодаря которому возможности интервенционной аритмологии в плане лечения тахикардий существенно увеличились. Понятно, что сейчас появились уже другая генерация методов, но тогда методика радиочастотной абляции выглядела гениальной.

Нам повезло, не понадобилось искать инвесторов: инженер из нашего института, талантливый парень, сам разработал радиочастотный генератор на полностью отечественной элементной базе. Сначала мы его опробовали в

не всегда хотят рисковать своим капиталом и вкладывать деньги в науку.

Продаж отечественного оборудования мало, потому что в сравнении с зарубежными аналогами оно хотя и стоит дешевле, но набор его функций и возможностей существенно меньше. Я говорю сейчас о том, что мне ближе — отечественных кардиостимуляторах. Чтобы расширить набор функций, нужны дальнейшие разработки, однако российские бизнес-компании не могут или не готовы инвестировать в науку. Это замкнутый круг трансляционной медицины.

Наш институт клинический, то есть в рамках своего учреждения мы можем проводить апробацию новых методов и оборудования. Но как провести масштабные клинические исследования этих методов в разных лечебных учреждениях, чтобы затем начать производство и внедрение? Когда я спросил одного из крупных российских чиновников, планирует ли государство вкладывать средства в проведение клинических исследований новых отечественных технологий, мне ответили: «Деньги — не самое главное».

— Интересная формулировка... А можно хоть какой-то раздел трансляционной медицины реализовать без денег?

— Думаю, такой ответ обусловлен тем, что общая ситуация в экономике сейчас сложная. Но мы не отчаиваемся. Слава богу, у нас есть госзадание, которое касается ВМП, фундаментальных научных исследований, поисковых исследований. Разные времена мы переживали, переживём и это.

— Не приведёт ли такая ситуация к тому, что российские учёные вынуждены будут передавать свои новые разработки для проведения клинических исследований зарубежным компаниям, в итоге чего отечественная технология станет импортной и будет приносить успех не нашим учёным и доход не нашей стране?

— Вы угадали сценарий. В конце 90-х годов мы возили в Китай на апробацию разработанный нами электрофизиологический комплекс. Но для наших китайских коллег интересен был не готовый прибор, а идея, положенная в его основу. И, конечно, они скопировали многие компоненты.