

«Кардиологические больные, у которых имеются и другие заболевания, тоже нуждаются в нашей помощи, поэтому мы назвали наше направление кардиосоматической реабилитацией»

Аронов Давид Меерович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ. Руководитель лаборатории кардиологической реабилитации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. Президент Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, член президиума Национального общества по изучению атеросклероза, член правления и председатель научной секции по кардиореабилитации и вторичной профилактике Российского кардиологического общества, член Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по кардиоваскулярной реабилитации и профилактике, член правления Международной организации «Друзья сердца по всему миру». Автор и соавтор свыше 500 научных статей в ведущих российских и иностранных научных журналах, более десяти монографий, семи руководств для врачей, около 30 методических рекомендаций и пособий, трех патентов на изобретение, двух медицинских технологий, четырех научных фильмов. Под его руководством выполнено 36 кандидатских и восемь докторских диссертаций. Награжден знаком «Отличник здравоохранения» (1973), премией Михаила Ломоносова за выдающийся вклад в развитие науки, образования, культуры и искусства (2004), двумя премиями Российского общества кардиологов.



— Давид Меерович, с чего начался Ваш путь в медицину, как Вы стали врачом?

— У меня очень интересная история. Я окончил медицинский институт в Ташкенте, учился хорошо, меня распределили во Фрунзенский район Бухарской области, в кишлак. Это километров 20–25 от города, дорог нет. В то время я жил в кишлаке, а по выходным ездил на велосипеде домой в Бухару и возвращался в понедельник. Районная больница, в которую меня направили, обслуживала все пригороды Бухары, в моем распоряжении была машина скорой помощи. Там я проработал два года и получил ценнейший опыт.

В моем ведении находились родильное отделение и стационар на 50 коек. Вначале нас было двое, потом прежний доктор ушел, и я практически полтора года работал один. Практика у меня была как у земских врачей. В районной больнице я научился быть самостоятельным, находить выход из разных ситуаций, искать и анализировать литературу и чувствовал себя, откровенно говоря, совсем неплохо. Не было специалиста, с которым можно было бы посоветоваться, но оставались книги. Населению нравилась моя работа.

Вторым важным этапом стал период, когда мне удалось перебраться в Бухару, в мощную областную больницу. Там я пришелся ко двору, потому что был самостоятельным, опытным и ничего не боялся. Два года проработал терапевтом, специализировался по электрокардиографии и организовал в бухарской больнице электрокардиологическую службу. До меня там вообще не было никакой электрокардиографии. Будучи клиническим ординатором в терапевтическом отделении, давал заключения по кардиографии, обслуживал больницу.

Как-то мне в руки попала толстая, но очень интересная книга — «Труды 14-го Всесоюзного съезда терапевтов». Среди других там был большой доклад Александра Леонидовича Мясникова, заложившего основы кардиологии в нашей стране. В этом потрясающем докладе была представлена теория развития атеросклероза у человека, излагались новейшие методы его диагностики, лечения и, самое главное, классификация стадий развития атеросклероза, которая актуальна по сей день. Тогда я понял, что мне нужно попасть в институт, которым руководил А. Л. Мясников, — в Институт терапии АМН СССР (ныне — НИИ кардиологии имени А. Л. Мясникова). Поэтому

для поступления в аспирантуру я выбрал именно его и отправил свои документы на имя Александра Леонидовича. Ответ содержал просьбу прислать реферат. Я взял «Труды 14-го Всесоюзного съезда терапевтов» и написал реферат на тему «Атипичные формы инфаркта миокарда». В «Трудах...» было много докладов на эту тему. Реферат понравился экзаменаторам.

Для поступающих конкурс был очень велик — более десяти человек на единственное место. Комиссия была внушительная: сам Мясников, его заместитель — член-корреспондент АМН СССР Иван Иванович Сперанский, знаменитые профессора... На экзамене всего два человека получили пятерки: я и девушка-москвичка, тоже по фамилии Аронова. В итоге мы остались вдвоем и претендовали на одно свободное место. Я думал, что предпочтут ее, потому что она из Москвы, но в начале сентября получил сообщение, что меня приняли в аспирантуру.

Первым моим руководителем стала профессор Нина Александровна Ратнер. Она была известным нефрологом, работала чрезвычайно интересно. Получая новые знания по нефрологии, я делился ими в письмах врачам и руководителю

терапевтического отделения, в котором работал прежде в бухарской больнице.

Одним словом, я имел практическую подготовку, желание работать, совершенствоваться в медицине, мог делать какие-то самостоятельные шаги, углубленно изучал литературу и сам ее анализировал. Все это мне очень помогло, я окончил аспирантуру, и меня оставили работать в моем любимом институте.

— **Ваша диссертация была по нефрологии или по кардиологии?**

— Первая диссертация была посвящена атеросклерозу и кальцинозу артерий. Есть два вида кальциноза. Первый — когда на стенках сосудов откладывается холестерин и образуются атеросклеротические бляшки, происходит закупорка сосудов. Второй вид — это диффузный кальциноз мышечного слоя артерий типа Мёнкеберга. Нужно было выяснить, в чем разница между ними и какова роль кальция в их происхождении.

— **Расскажите, пожалуйста, о том, как Вы начали заниматься направлением кардиореабилитации.**

— После окончания аспирантуры, оставшись в этом же институте, я работал младшим научным сотрудником в инфарктном отделении у профессора Евгения Ивановича Чазова. Именно тогда (в начале 1960-х годов) в мире бурно развивалась кардиология, в том числе кардиологическая реабилитация. Александр Леонидович Мясников был связан со многими выдающимися иностранными учеными-кардиологами. К нам в институт приезжали знаменитые ученые, и он организовывал встречи с ними, конференции. После преждевременной смерти академика А. Л. Мясникова директором института стал его выдающийся ученик Е. И. Чазов.

Как-то Евгений Иванович вызвал меня к себе и предложил заняться новым научным направлением — реабилитацией больных после инфаркта миокарда — во вновь организуемом отделении. Это произошло в 1968 году. С тех пор и по настоящее время я увлеченно занимаюсь этой благодатной темой. За прошедшее время нам удалось создать и внедрить в масштабе страны систему поэтапной реабилитации больных после инфаркта, нестабильной стенокардии, после операций на сердце и сосудах.

Следует сказать, что ранее и у нас, и за рубежом господствовала теория полно-

го обездвиживания больного с инфарктом миокарда: считалось, что во время физического напряжения при остром инфаркте миокарда может произойти смертельный разрыв миокарда, развиться аневризма сердца. Во всем мире больные с инфарктом находились на постельном режиме многие недели, причем на строжайшем (с запретом присаживаться, поворачиваться) — не менее трех-четырёх недель! Это было мучительно не только пациенту, но и нам — врачам и всему медицинскому персоналу. Многие относились к идее ранней активизации, раннего расширения режима крайне неприязненно. Считали, что это чуть ли не вредительство.

Необходимо было в опытным порядке разрабатывать методику быстрой активизации и перевода больного из больницы в санаторий для продолжения реабилитации. В течение восьми лет мы переводили больных с инфарктом миокарда в подмосковный санаторий «Подлипки». Условия там были очень хорошими, врачи — высококвалифицированными. Они понимали, что участвуют в чем-то новом и перспективном, и ревностно относились к своей работе.

Мы сотрудничали весьма эффективно, но все-таки сразу посадить больного в кровати было страшно — я решил сокращать постельный режим постепенно. В результате вместо 24 суток больные оставались на постельном режиме не более недели. Они выполняли лечебную гимнастику, учились ходить, обслуживать себя и уже через месяц переводились в специально организованные отделения санатория «Подлипки».

За шесть-восемь лет мы набрали материал, который послужил основанием для того, чтобы действительно рано и быстро активизировать пациентов, энергично расширять режим, сразу давать больным физические нагрузки (дозированные, конечно). Все это достигалось посредством внедрения методики лечебной физкультуры, а я был тем, кто впервые посадил пациента на велосипед через три-четыре недели после инфаркта и начал проводить пробу с физической нагрузкой. Мне довелось развивать методологию нагрузочных проб в стране и быть первым в этом направлении.

— **Давид Меерович, Вы сказали, что за рубежом тоже существовала тактика длительного обездвиживания пациента с инфарктом. Вы и в мировом масштабе были пионером нового направления?**

— Нет! Внедрению ранней реабилитации дала толчок Всемирная организация здравоохранения.

— **Можно ли утверждать, что мы внедряли новый подход одновременно с западными странами?**

— Мы шли с небольшим отрывом от них. Всемирная организация здравоохранения опубликовала свои рекомендации в 1965-м, а в 1968-м мы начали рано расширять режим в пилотном проекте, и к 1980 году у нас сформировалась государственная система поэтапной реабилитации, которая была внедрена в практику в масштабах СССР. Она дала блестящие результаты и считалась лучшей в мире.

— **Наши врачи ориентируются и на зарубежные данные. Велика ли вероятность точно следовать американским, европейским рекомендациям в наших реалиях?**

— Просто так использовать их подходы невозможно. У нас совершенно другое мышление: мы более осторожны и, я бы сказал, основательны.

— **Давид Меерович, расскажите о Российском обществе кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, которое Вы возглавляете.**

— Я решил организовать это общество, и в 1995 году состоялась его первая конференция. К этому времени мы уже разрабатывали методики реабилитации кардиологических больных, у которых имеются и другие заболевания. Такие пациенты тоже нуждаются в нашей помощи, поэтому мы назвали наше направление кардиосоматической реабилитацией.

Общество, которое мы создали, имеет огромное значение. У нас более 60 региональных отделений со своей структурой, которые самостоятельно проводят работу на локальном уровне, много научных секций. Сейчас мы заканчиваем новые клинические рекомендации по реабилитации и вторичной профилактике у больных после коронарного шунтирования.

— **Скажите, пожалуйста, несколько слов о Вашей семье.**

— Моя жена — инженер-электронщик. Мы вместе с 1962-го — уже более полувека! У нас двое детей, десять внуков и правнучка.

Специально для *Доктор.Ру*
Кнорринг Г. Ю.