

Ежегодно на лечение в Барселону приезжает около 20.000 пациентов со всего мира. Наш журнал решил познакомить своих читателей со всемирно известными центрами и мировыми авторитетами, которые превратили Барселону в один из самых престижных городов мира для получения медицинской помощи. Нашим гидом по миру медицины Каталонии является Ольга Соловьёва – Генеральный Представитель Ассоциации ведущих госпиталей Barcelona Medical Agency и Директор Barcelona Medical Consulting, ответственной за обслуживание иностранных пациентов в госпиталях Барселоны и развитие международных отношений между каталонской медициной и другими странами.

ДОКТОР АНТОНИО АЛКАРАС Я КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВ БЕЛЫХ ХАЛАТОВ



ОЛЬГА СОЛОВЬЁВА

Доктор Антонио Алькарас один из самых известных хирургов-трансплантологов в мире. Не так много людей на свете могут сказать, что они первыми в истории выполнили какую-то сложнейшую операцию, или что у них лучшие результаты в мире по такой-то методике. Алькарас сказать это про себя тоже не может, поскольку терпеть не может «звездности» и тщеславия. Но зато за него об этом говорят все его коллеги по профессии. Да, он первый в целом ряде методик. Но главное даже, что не первый, а лучший. Когда я спрашиваю у самых известных европейских врачей, кому бы они доверили оперировать или пересаживать свою почку – все в один голос говорят: «Алькарасу, конечно».

Сделать обычную фотографию — улыбающийся доктор в белом халате — в этот раз у нас не получится! Доктор Алькарас убежденный противник белых халатов, которые не надевает никогда — следуя традиции Клиники Майо — одного из самых престижных госпиталей США, в котором долго проработал. Белый халат — прошу внимания — это скорее «рассадник вредных бактерий, поскольку халаты далеко не во всех учреждениях меняют каждый день, тогда как свежую рубашку каждый нормальный человек одевает всегда». В общем, господа, халаты, бахилы и шапочки следует записать в историю. Ну или признать просто красивой традицией, от которой не хочется отказываться. И конечно, есть еще одно, более тонкое объяснение: «белый халат создает между врачом и пациентом дистанцию, а пациенту нужно чувствовать человеческую близость к врачу». Звучит очень убедительно, хотя слышать такие слова именно от хирурга неожиданно. Всё-таки, хирурги пользуются славой людей более прохладных, циничных и отстранённых, чем все остальные врачи. Но только не наш доктор.

Вы один из самых блестящих хирургов. Медицина и хирургия были ранним призванием?

— Врачом я хотел быть всегда — точнее с трех лет! Хотел лечить и излечивать людей. А вот, что буду именно хирургом — это определилось уже в процессе обучения на медицинском. В последние годы обучения выяснилось, что у меня есть одно ценное качество — способность принимать решения.

Что и является самым ценным качеством хирурга!

— Вот именно. Я в своей жизни видел некоторых отлич-

ных хирургов, которые не обладали «золотыми руками» или какими-то особыми способностями ориентации в пространстве. Естественно, хирург не может быть неуклюжим, но и суперодаренность в плане мелкой моторики не всегда обязательна. Но любой выдающийся хирург всегда — умница, стратег, решителен и может принимать уверенные, быстрые и парадоксальные решения.

Я знаю, что Вы часто сравниваете хирургию со стратегией, а хирурга — с полководцем.

— Так и есть! Хирург, как и полководец, должен тщательнейшим образом планировать свою атаку (без этой подготовки, плана, разведки, на одном бравом мастерстве можно выиграть только простые битвы): не существует двух одинаковых пациентов или двух одинаковых операций. В каждом случае требуется тщательный и самый лучший для данного случая план. Но при этом всегда нужно также иметь альтернативный план, если что-то пойдет не так. И быть готовым моментально и уверенно отреагировать на все неожиданности, которые могут возникнуть. А для этого, ты должен быть: во-первых, стратегом; во-вторых, смелым; в-третьих — за лучшими решениями, конечно, стоит огромный опыт. Хирург должен неустанно оперировать.

О Вас, как о блестящем полководце, ходят легенды. Скажите, натуральный дар и опыт — они одинаково важны?

— Безусловно! У меня, например, с детства очень хорошие руки, и шить мне приходилось сложнейшие вещи. Но! Ольга, имей в виду, что, прежде чем начать с успехом делать трансплантации почек у людей, я целый год пересаживал почки крысам.



ТРАНСПЛАНТАЦІЯ / УРОЛОГІЯ

Более 150 крысам сделал трансплантацию, прежде чем начать на людях. И этот опыт — он же тебя полностью меняет: меняет установившиеся ментальные схемы, позволяет видеть картинку под другим ракурсом, как-бы приближенно, развить внимание к малюсеньким деталям. Что и позволяет потом выполнять ювелирную работу: например, делать сложнейшие сосудистые операции на почках или проводить трансплантацию почек у малышей!

Детские трансплантации Вы проводите не здесь, в Hospital Clínic, а в детском госпитале Hospital Sant Joan de Deu, так? Причем, Вы были пионерами по трансплантации у совсем крошечных детей.

— Да, в Сант Жоан де Деу мы стали делать пересадки почек детям, которые весят менее 10 килограмм. Мы знаем сейчас, что если не сделать трансплантацию как можно раньше ребенку, у которого нет почек, то это очень плохо скажется на его дальнейшем физическом и умственном развитии. Поэтому мы трансплантируем совсем малышей.

Доктор, еще один комментарий относительно квалификации хирурга. К нам в Департамент очень часто приходят запросы от иностранных пациентов, в которых нас настойчиво просят объяснить, по какой методике их сможет прооперировать врач. В целом ряде случаев без личного осмотра этого сказать нельзя. В некоторых случаях — на основании предварительной информации — можно. И вот когда мы говорим, что Доктор, возможно, будет оперировать Вас по такой-то методике, мы иногда слышим в ответ: «Ну, да ведь и у нас в городе оперируют на Да Винчи», например. Вы — один из новаторов в минимально-инвазивной хирургии, мне хочется именно от вас услышать, что результаты зависят меньше от методики — при всех возможных преимуществах — чем от способностей того или иного хирурга. Иными словами, главное — не то, ЧТО вам предложат, а КАК это сделают.

— Ольга, абсолютно согласен. Наша команда была первой в мире в целом ряде методик, и мы всегда на передовой, но я всегда говорю, что если бы у меня самого был рак предстательной железы, я бы не задумываясь предпочел бы, чтобы меня оперировал мастер даже путем традиционной открытой операции, чем средненький хирург на работе Да Винчи! Другое дело, что для того, чтобы сравнить результаты разных хирургов — их нужно увидеть в деле, работая по одной и той же методике. Поскольку, например, тот же робот Да Винчи, конечно, значительно улучшает результаты. И работая на Да Винчи, средний хирург может выполнять по-настоящему хорошие операции, тогда как хороший хирург — просто исключительные.

Вы для чего больше всего используете Да Винчи?

— Для радикального удаления предстательной железы. При этой операции Да Винчи — идеальный инструмент, но, например, для хирургии почки я Да Винчи почти не использую. Имея в виду колоссальный опыт операций на почке моей команды, причем операций как минимум лапароскопических, и в операционной в трех измерениях, Да Винчи мне просто не нужен. Иногда на конгрессах или мастер-курсах меня просят прооперировать почку на Да Винчи в прямом эфире, например. Я это делаю с такими обучающими целями, но сам для этой операции Да Винчи не выбираю — он мне скорее мешает, чем помогает. Тем не менее для новичка, у которого мало опыта в лапароскопической хирургии — робот при хирургии почки может быть отличным подспорьем.

Вы сейчас упомянули о важном факторе репутации хирурга — о приглашениях оперировать в прямом эфире на конгрессах. Я знаю, Доктор, что в Вашей специальности Вы — абсолютная «звезда эфира». Это высшее признание.



— Да, последние пять лет я всегда открываю или закрываю Европейский Конгресс Урологии операций в прямом эфире перед тремя тысячами лучших урологов. Кстати, в нашей специальности, Европейский конгресс считается более престижным, чем американский: случай редкий, но именно в урологии европейская и особенно испанская школа всегда была лучше. Да — операции в прямом эфире как на конгрессах, так и на курсах, на которых за тем, как ты оперируешь следят тысячи критических глаз — это важный показатель для хирурга. Здесь все без обмана. Тысячи ведущих специалистов тебя видели десятки раз оперирующим перед ними: твои коллеги точно поймут, средненько, хорошо, отлично или исключительно ты это делаешь. И не пощадят. Сразу поймут, что перед их глазами сейчас было что-то необычное или посредственное.

Сколько операций в год Вы проводите: не всегда в прямом эфире, конечно, а всего?

— Более 500 в год, и так — в течение последних 25 лет.

Впечатляет. Теперь по порядку. Вот Вы — гуру урологической хирургии. Так что занимаетесь больше всего тремя органами: предстательной железой, мочевым пузырем и почками. Рак предстательной железы — самый распространенный рак среди мужчин. Что делать, чтобы уменьшить риск его развития, и что делать, чтобы рано диагностировать?

— Ну, риск развития рака предстательной железы (простаты) напрямую зависит от нашего образа жизни. Правильно и разнообразно есть, избегать ожирения, заниматься спортом, двигаться — это то, что позволяет сократить риск. Дальше, конечно же, после сорока лет, нужно регулярно делать анализ крови на PSA — как мы знаем, анализ простейший и очень четкий. Он не только позволяет нам определить, что в данный

момент имеет место процесс роста, но и предсказать немножко риски на последующие годы.

Я так понимаю: если PSA в сорок лет — 0,5 (норма), то вполне можно следующий анализ делать еще годика через два, а вот если в сорок лет PSA — 1,5, то скорее всего, этот анализ нужно будет повторять ежегодно, так?

— Абсолютно верно: главный показатель — это данный маркер. А вот дальше, если мы видим подозрительно высокий PSA — то следует сделать магнитный резонанс (МРТ). Если то, что мы видим на МРТ, кажется подозрительным, неизбежна биопсия под контролем МРТ. И вот только по результатам биопсии мы уже точно можем сказать, идет ли речь о простом увеличении предстательной железы или о раке.

В случае рака и локализованной опухоли рекомендуемая терапия — это либо радиотерапия, либо хирургия? От чего это зависит?

— Зависит от характеристик как самого пациента, так и новообразования. Но вообще, в последних двух исследованиях, проведенных на международном уровне и на выборках из тысяч пациентов, было доказано, что на сегодня самой эффективной терапией при раке предстательной железы все же остается хирургия. Очень часто это радикальная простатэктомия (полное удаление простаты), иногда с одновременным удалением близлежащих лимфатических узлов.

Тогда важный вопрос: какова вероятность сохранить потенцию после полного удаления предстательной железы?

— Сохранение сексуальных функций в этом случае зависит от двух факторов. Первый — это методика проведения операции: чем ближе я могу подойти к опухоли, тем больше вероятность того, что я смогу прооперировать так, что импотенция не угрожает.



А вот второй фактор — это возраст и уровень потенции до операции. Скажем так: прооперировать пятидесятилетнего мужчину, у которого до операции не было серьёзных проблем с потенцией, и оставить его импотентом — это преступление. Такого быть не должно. Другое дело, когда мы оперируем мужчину в 70 лет, у которого до операции уже были серьёзные нарушения. Уже в 60 лет у 40% мужчин возникают дисфункции с эрекцией. Так что, если до операции у вас были серьёзные проблемы с эрекцией, велика вероятность того, что после операции (операция — это все-таки всегда агрессия) эти проблемы станут более острыми.

Переходим к мочевому пузырю, как избежать риска развития рака?

— Не курить! В случае мочевого пузыря доказано, что две трети этих раков являются прямым последствием курения!

Каковы первые признаки рака мочевого пузыря?

— Кровь в моче! Даже если это несколько капель, даже если Вы такое заметили у себя всего один раз — совершенно необходимо провести полное обследование.

Что делается в случае подтверждения страшного диагноза?

— Примерно в 80 % случаев достаточно удаления лишь небольшой части мочевого пузыря при помощи Трансуретральной резекции (ТУР), операции, которая проводится с помощью эндоскопической техники без каких-либо разрезов снаружи. И только в 20% случаев речь идет об очень агрессивных формах рака, который поразил весь орган. В этом случае необходимо полностью удалить мочевой пузырь, но сегодня это уже не означает ношения стомы. Мы формируем из участков тонкой и толстой кишки новый мочевой резервуар.

Не буду больше вас томить! Переходим к вашим «любимцам»: Вас же зовут «Магом почки». Каковы функции почек, почему у нас их две, и как о них заботиться?

— Ну, две почки — это механизм защиты. Дело в том, что почечные патологии — например, те же камни в почках — очень распространенное явление. Поэтому природа и постаралась гарантировать нам двойников — на случай, если с одним что-то случится. Что делают почки: фильтруют и выводят ненужные и вредные для организма соединения.

Много пить жидкости — это всегда хорошо для почек?

— Примерно два литра жидкости в день — это норма: сюда, естественно, включаются не только вода или чай, но и супы и другие источники жидкости.

Что происходит, если у меня выходит из строя одна почка, и ее приходится удалять?

— На качестве жизни это практически никак не сказывается. Но следует иметь в виду, что почки, как правило, поражаются в результате сосудистых проблем: всё, что плохо для наших артерий, сердечно-сосудистой системы — всё это пагубно для почек: высокий уровень холестерина, тенденция к высокому давлению, ожире-

ние, диабет, курение — все это губит также почки.

Понятно, что в этом случае, часто за поражением одной почки может последовать поражение другой.

— Вот именно. И когда тебе приходится удалять обе почки, возникает так называемая почечная недостаточность. Да, и чем ниже функциональность почек, тем выше риски для сердечно-сосудистой системы.

В общем, замкнутый круг: чем хуже состояние сердечно-сосудистой системы, тем это хуже для почек, чем хуже работают почки, тем выше риски развития поражений сосудистой системы всего организма!

— Поэтому мы всегда стараемся сохранить хотя бы часть почки. Но если это невозможно, тогда при удалении обеих почек тебе требуется заместитель!

Диализ или трансплантация?

— Идеальный выход — всегда трансплантация. Но иногда пациенту приходится ограничиваться диализом. Когда у тебя есть почка, она фильтрует все токсины, которые скапливаются в крови, и выводит их с мочой. Когда у нас нет ни одной почки, нас каждые два-три дня должны подсоединять к аппарату, выводить нашу кровь из вены и пропускать через искусственный фильтр. Но, конечно, диализ — это далеко не идеальное решение.

Каковы преимущества трансплантации?

— Всего два, но каких! Первое — бóльшая продолжительность жизни. И второе — лучшее качество жизни (ты не привязан к аппарату и т.д.). Ольга, вот простая арифметика: ежегодная смертность пациента на диализе — 13 %. В первый год после трансплантации риск смертности этих пациентов примерно такой же, даже иногда на пару процентов выше, а вот дальше в течение всей жизни вероятность смертности пациента, которому мы пересадили почку — около 1% в год!

Аргумент исчерпывающий. Хорошо, а вот результаты трансплантации почки от живого донора и от трупа — насколько они сопоставимы? Кстати, по европейскому законодательству, иностранному пациенту могут сделать трансплантацию только от живого донора, причем только в том случае, если ты приедешь со своим донором. Так что вопрос о живом доноре для иностранных читателей особенно важен.

— Результаты лучше при пересадке от живого донора. Выживаемость в этом случае примерно на 13-15% больше, чем при трупной пересадке. В моем случае, например, статистика такова: после трансплантации от живого донора в течение первых критических пяти лет выживаемость пациента — более 94%.

Это лучшие результаты в мире?

— Есть еще две-три команды в мире, у которых есть похожие результаты, но ни у кого в мире нет лучших результатов, чем у нас. И, поскольку все любят равняться на США, должен с гордостью сказать, что мы на 10 пунктов опережаем лучшие американ-

ские центры по выживаемости при трансплантации. И это еще не все! Эти результаты мы достигаем при том, что берем на трансплантацию сложнейших пациентов, которых отказываются оперировать в других центрах.

Браво! И сколько трансплантаций Вы делаете в год?

— 150. Из них примерно 70 — от живого донора.

Здесь, наверное, следует упомянуть, что трансплантация — это абсолютная гордость Испании. Доктор Баррет был первым в мире, кто осуществил полную пересадку лица пациента, Доктор Кавадас был первым в мире, кто трансплантировал обе ноги, Ваш коллега по госпиталю, Президент Международного сообщества Трансплантации Печени, Доктор Хуан-Карлос Гарсия-Вальдекасас провел первым в мире целый ряд операций по трансплантации печени. Вы были первым в мире, кто при трансплантации применил методу удаления через натуральное отверстие организма. Лидеры и новаторы на международном уровне.

— Это так во-многом благодаря нашей «школе» трансплантологии, которая, кстати, очень ориентирована на приемы сосудистых хирургов. Да, у нас лучшая школа в мире, и в Испанию на обучение трансплантации приезжает больше всего специалистов со всего мира.

Без сомнения. Но важно ведь и ещё одно обстоятельство: испанские трансплантология не только первые и регистрируют лучшие результаты в мире по выживаемости. Испания каждый год оказывается в центре внимания международных СМИ как лидер по количеству операций по трансплантации органов: порядка 35,3 донора на миллион жителей. Испанская национальная организация трансплантации (ONT) признана эталонной для всего мира, оказывая в настоящее время консультативную поддержку для национальных организаций трансплантации ведущих европейских государств и других стран по реорганизации национальных систем трансплантации. Это же результат как «школы», так и отлично продуманной системы, так?

— Безусловно. Наша система создала настолько надежную легальную и санитарную базу, что только в этих условиях стали возможны эти цифры. Начнем с того, что каждый гражданин Испании — если он не сказал при жизни противоположное — является потенциальным донором. Естественно, провести такой закон стало возможным лишь тогда, когда общество к этому было готово, и когда система гарантировала тебе полную надежность всех процедур, которые данное законодательство предполагает.

По поводу гарантий системы. Иностранцы граждане, которые приезжают со своим донором — приезжают потому, что вероятность выживаемости после трансплантации у Вас на порядок выше, чем в других центрах — сталкиваются с очень жёсткими правилами отбора: им приходится пройти через несколько фильтров, из которых самые сложные — это Комитет по Этике и Суд!

— И это замечательно, что окончательное решение о том, может или не может этот человек быть донором, принимает суд. Все должно быть правильно: донор

может быть только альтруистом, так что, если в ходе бесед с психологом или судебными экспертами возникает подозрение на материальную заинтересованность — разрешения на операцию пациент не получит.

Кто является идеальным живым донором?

— Отец и сын, например. Или муж и жена, если есть совместимость. Здесь все понятно и нет сомнений.



НА ФОТО: АНТониО АЛЬКАРАС И ОЛЬГА СОЛОВЬЕВА

Есть пожелания по возрасту?

— Нет, за исключением того, что, естественно, ты должен быть совершеннолетним. Самое главное не возраст, а общее состояние здоровья. Которое должно быть хорошим. И, естественно, хорошие почечные функции, не менее 80%.

Каковы риски и осложнения для донора при этой операции?

— Осложнения минимальны. Смертность — во всяком случае у нас за всю историю — 0%. Хотя в мире зарегистрирована цифра 1 из 3 000. Но вообще, так быть не должно, потому что если у меня на операционном столе умрет совершенно здоровый человек, это же против всей морали, одна мысль о таком исходе приводит в ужас. Нет, для донора опасности нет. И его дальнейшая жизнь после первых недель операции будет точно такой же, какой она была до. Никаких ограничений, медикаментов и т.д. Единственная реальная опасность для донора — это то, что с его единственной почкой может что-то случиться в течение его жизни, и у него не будет пары.

Вы известны во всем мире еще и тем, что оперируете по новейшим методикам NOTES — через естественные отверстия (влагалище, например) и LESS (делая единственный минимальный разрез в области пупка).

Это все методики, которые обеспечивают наибольшую надежность и минимальную инвазивность прежде всего для донора.

— Повторю, операция для донора, который итак жертвует своим органом, обязана быть минимально агрессивной. Поэтому мы и разработали такие методики, которые обеспечивают минимальную кровопотерю, отсутствие шрамов, осложнений. Через 48 часов после такой операции пациент может вернуться к нормальной жизни! Но вот с сентября я попробую делать нечто еще более новое: не только удалять почку минимально инвазивно, но и устанавливать: попробую это делать через минимальный разрез на роботе Да Винчи. У нас невероятные операционные, где все делается в трех измерениях, одни из лучших в мире, и нужно этим пользоваться, ведь так?

Не во всех случаях можно применять эти супер передовые методики. Каков процент их применения у доноров?

— Чуть более 50%. Остальные мы в любом случае делаем только лапароскопически: я уже более 12 лет ни разу не оперировал почку открытым доступом. Но лапароскопия для нас все-таки тоже уже не самый передовой метод: *NOTE* и *LESS* более интересны.

Сколько трансплантаций Вы сделали?

— На сегодняшний день чуть более 1150.

Вы работаете в Hospital Clínic — самом престижном госпитале высшего уровня сложности в Испании. Помимо Вас здесь еще по крайней мере десяток абсолютных мировых лидеров: таких, как Де Ласи, Бругада, Гратакос. Почему в этом госпитале удалось собрать такую команду?

— Наверное, потому, что у этого госпиталя есть душа, и у всех, кто здесь работает, есть чувство принадлежности. Это университетский госпиталь, в котором проходят специализацию лучшие врачи, это центр, в котором ты можешь достигнуть высокого положения только благодаря высочайшим качествам. Ну, например, если ты не блестящий хирург, об этом сразу все будут знать. И имея рядом самых лучших — ты растешь. А если не можешь расти — то тебе приходится уйти, поскольку ты не сможешь здесь выжить с репутацией посредственности. Работая в этом госпитале, специалисты принимают участие в самых крупных международных исследовательских проектах. Я, например, руковожу лабораторией молекулярной биологии, которая изучает опухоли. Нельзя сегодня быть блестящим практиком, но при этом не быть исследователем! Специалисты нашего госпиталя всегда в одном лице мастера-практики, но еще и преподаватели, и к тому же самые передовые исследователи. И если ты всего этого не можешь — ты здесь не удержишься! Исследования и преподавание — это то, что тебе позволяет развиваться и постоянно тренирует ум.

Да, я знаю, что жизнь лучших врачей — это сплошной подвиг: 500 операций в год, статьи, конгрессы, курсы, исследования, операции в прямом эфире, преподавание.

— Поэтому нужно собирать вокруг себя блестящую команду.

Без команды это все невозможно. Ты же не Господь Бог.

Да, хотя у некоторых хирургов есть тенденция к тому, чтобы считать себя немножко богом. Даже классическая больничная шутка говорит о том, что Господь Бог, прежде чем принимать решения, всегда советуется с хирургами.

— Ольга, я таких коллег терпеть не могу. Хирург должен быть абсолютно уверен в себе. Иначе, как он будет принимать решения и вести за собой команду? Но он также должен всегда помнить, что он не Бог. И может сделать почти всё. Но не всё. Знаешь, единственный случай, который я не могу выбросить из головы никогда, о котором я вспоминаю постоянно — это один единственный случай, когда у меня умер пациент. Я постоянно к этому возвращаюсь. При всем том, что я почти всегда уверен, что найти какое-то решение возможно. Но это решение не всегда, кстати, должно быть хирургическим. Большой хирург отличается от маленького тем, что умеет увидеть ситуацию в полном объеме, и способен понять, что операция — не всегда лучший выход для данного пациента. Единственное исключение, где мне как-то кажется, что у меня почти нет границ — это как раз почки. Моя команда здесь может практически все: мы оперировали почки со множественными опухолями или аневризмами, за которые не брался никто. И все у нас получалось.

Мой традиционный вопрос: нашими соперниками в медицине часто называют США, что скажите?

— Скажу, что во многих специальностях так и есть до сих пор, но не в моей: говорю со знанием дела, поскольку в США работал в лучшей клинике по моей специальности. Там проводится больше исследований, поскольку на исследования выделяется куда больше средств. Но испанские практики — мы же куда более креативны.

Доктор, я знаю также, что Вы по крайней мере две недели в году оперируете на чистом альтруизме в Кении.

— Ну, в Кении я не только оперирую, но еще и создал программу, которая позволила бороться с трафиком органов. И очень горжусь тем, что создаю там «школу» хирургов, которые способны хорошо оперировать. Поскольку две недели, что я там провожу — это все-таки ерунда, нужно сделать так, чтобы помощь была доступна всегда. Еще иногда помогаю нуждающимся в трансплантации в Никарагуа или Доминиканской республике, которые тоже не в состоянии оплатить операцию в Барселоне, а на месте у них нет подготовленных специалистов. Поскольку я большой грешник, приходится вот так очищать совесть. ■

Pl. Catalunya, 1 4ª planta
08002 Barcelona
M +34 663617233
www.bmc.cat