



Между жизнью и смертью: поединки внутри сердца

Сердце на водоразделе жизни и смерти... Здесь в чрезвычайных обстоятельствах, в ургентной ангиологии, взаимодействуют и вместе с тем эффективно конкурируют три силы: медикаментозная антитромботическая терапия, аортокоронарное шунтирование и транскатетерная коррекция.

Хирургические вмешательства на венах, окружающих и питающих «мотор жизни», — каковы приоритеты и возможности этого метода лечения на современном этапе? Высказать свое мнение по данному вопросу мы попросили **заведующего отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова АМН Украины, заслуженного деятеля науки и техники, лауреата Государственной премии Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Владимировича Паничкина.**

— В нашем отделении в течение года выполняется около 2 тыс. диагностических процедур с применением рентгеноконтрастных методов. Казалось бы, обнадеживающие цифры, но на самом деле это пока ручеек вместо реки. Например, в Польше, по населению примерно равной Украине, ежегодно производится 60 тыс. рентгенохирургических вмешательств на сердце. У нас же количество таких обследований и реконструкций, выполняемых в кардиохирургических центрах или отделениях, пока в 10-15 раз меньше желаемого. Правда, новый министр здравоохранения Василий Михайлович Князевич поставил задачу — довести в ближайшее время число эндоваскулярных манипуляций до 50 тыс. в год. Быть может, это и есть оптимальная вертикаль.

Амосовский максимализм

В начале 1960-х гг. к Николаю Михайловичу Амосову, как говорится, прямо «с улицы» пришел молодой врач Юрий Паничкин, имевший лишь год хирургического стажа. За него никто не ходатайствовал, впрочем, Амосову этого и не требовалось: Николаю Михайловичу нужны были волонтеры. Разговор завершился так: «Можешь приступать к работе, но если не справишься, не подоидешь, то уйдешь по «джентльменскому соглашению» сам, без волокиты...».

А дальше было участие в операциях, ассистирование Амосову в ходе сложных вмешательств по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца, будни и драмы выживания пациентов, когда нередко приходилось бороться за их жизнь. Это был жесткий максимализм и высшее милосердие — по Амосову. В клинике применялся аппарат искусственного кровообращения, и каждый поединок стоил волнений в ритме этих напряженных минут и часов.

Спустя некоторое время Амосов поручил Паничкину заведовать реанимационным постом и осуществлять инструментальную внутрисердечную диагностику причин неудач. Это была словно земля обетованная, полная загадок и тайн; она требовала освоения методов зондирования сердца для измерения градиентов давления крови в периметрах митрального и аортального клапанов. Технология была новой, и для совершенствования навыков Паничкин был командирован на стажировку — вначале в г. Ленинград, в знаменитую хирургическую клинику Военно-медицинской академии, которой руководил П.А. Куприянов, а затем в г. Москву в Институт сердечно-сосудистой хирургии, организованный В.И. Бураковским. Наставником Паничкина в московском институте стал

один из родоначальников внутрисердечной диагностики Юрий Саммуилович Петросян.

В течение 12 лет между написанием кандидатской и докторской диссертаций — а доктором медицинских наук Паничкин стал в 1984 г. — лечебная и научная работа смыкалась на орбите между чисто хирургическим ростом в традиционной кардиохирургии, характерной для амосовской команды, и настойчивым продвижением вперед в рентгенохирургических методиках. Однажды на международном форуме киевский хирург услышал об удивительном факте — удачном расширении транскатетерным баллонным способом, без вскрытия грудной клетки, межклапанного деформированного отверстия при митральном стенозе. Решился рискнуть и он, но в иной, более сложной, ситуации, когда нормальному кровообращению препятствовало сужение устья легочной артерии. Клинический эксперимент удался! Его результаты Паничкин на мониторе продемонстрировал Амосову. Тот вначале посуровел: «Кто разрешил?», но, взглядевшись, сказал: «Молодец!». Впервые в Советском Союзе была осуществлена баллонная вальвулопластика при клапанном стенозе легочной артерии.

Помочь всем и каждому

Лиха беда начало. К 1985 г. Паничкин уже стал асом в эндоваскулярных технологиях; в его лаборатории выполнялись аортография и вентрикулография. Все это требовало высшего пилотажа в новой сфере, поскольку угроза чужой жизни становилась для хирурга вызовом. Но новшество наряду с кругом других приложений его мастерства завладело целиком путешественником в сердца. В течение года впервые в Советском Союзе им было выполнено свыше 100 таких почти фантастических вмешательств, исцеляющих без скальпеля. Больные с пороками приезжали в г. Киев в институт к Паничкину из разных уголков страны, ведь научная новизна становилась фактом.

— Юрий Владимирович, среди записей на Вашем рабочем столе в клинике я увидел строки, звучащие, словно заповедь кардиохирурга: «Нужна нам отвага для первого шага. Но тот, кто упал и пошел на второй, — тот дважды герой». Наверное, это и о Вас, о Ваших учениках и коллегах?

— Возможно, в плане понимания долга, это так, ибо грань риска всегда присутствует, и у каждого есть выбор. Но за 25 лет практики эндоваскулярного лечения упомянутого выше дефекта я лишь дважды поддался давлению беспокойства и прибегнул к реанимации. Дело в том, что когда вводишь баллон, наблюдая за его продвижением на экране, в критическое пространство вмешательства, устье легочной артерии или аорты обтурируется и кровоток прекращается. Но вот цель достигнута, баллон изъят, и сердце, как правило, самопроизвольно восстанавливает свой ритм. Впрочем, цена такой доли секунды очень высока. И приходится быть бесстрашным, иного просто не дано.

— Критические врожденные пороки сердца и лечение транскатетерным методом — это одно из направлений Вашей деятельности. Вы вместе с группой сотрудников отделения в статье об опыте подобных вмешательств в авторитетном научном журнале «Серце і судини» привели цифры противостояния фатуму за последние

18 лет работы: 600 случаев применения «почти небесной механики» у детей в возрасте от одних суток до пяти месяцев... Прокомментируйте, пожалуйста, эти потрясающие данные.

— Это лишь ответ на современные медико-социальные реалии: в Украине врожденные пороки сердца занимают одно из первых мест в структуре врожденных аномалий; ежегодно рождаются 3,5-4 тыс. младенцев с этой патологией развития, треть из которых нуждаются в неотложном хирургическом вмешательстве в первые дни жизни. К порокам такого рода принадлежат, в частности, критическая коарктация аорты, критический аортальный стеноз, критический стеноз легочной артерии, ряд внутрисердечных и сосудистых транспозиций. Они далеко не всегда диагностируются сразу же после появления ребенка на свет, и в кардиохирургическую клинику такие малыши попадают уже в тяжелом состоянии. С одной стороны, риск операции, учитывая низкую массу тела детей, высок. Но с другой — без операции эти малыши обречены на смерть. Поэтому оптимальным вариантом лечения является эндоваскулярная операция, характеризующаяся минимальной травматичностью и хорошими показателями безопасности и эффективности.

Своеобразный «путеводитель» при выборе метода лечения — данные эхокардиографии. А далее избирается предпочтительная методика.

На сегодняшний день в отделении выполнено 45 баллонных вальвулопластик при критическом аортальном стенозе; прооперированы 29 больных с критической коарктацией аорты; оказана помощь 121 пациенту в возрасте от суток до 2 мес с критическим стенозом легочной артерии.

Внутри коронарных сосудов

— За этими статистическими данными — жизненные истории, каждая из которых словно сопряжение трех сердец: хирурга, матери и маленького пациента. Но перейдем к аспектам транскатетерной коронарографии — прологу этих заметок. Вы — один из родоначальников такой методики в Украине. Как развивалось направление?

— В 1974 г. Геннадий Васильевич Кнышов, один из первых учеников Амосова, нынешний директор института, Герой Украины, после стажировки в США впервые в Украине выполнил аортокоронарное шунтирование. Сегодня это, пожалуй, доминирующая в институте технология, благодаря которой спасены уже тысячи пациентов. Но, оставляя за скобками новшества в ней, подчеркну основное в контексте темы: каждодневные вмешательства на коронарных сосудах и предшествующая им коронарография — основное поле нашей деятельности. Методикой коронарографии владеют десять сотрудников нашего отделения.

Эндоваскулярные реконструкции при атеросклеротическом сужении коронарных артерий стали все настойчивее соперничать с аортокоронарным шунтированием. Включились в такую конкурентную борьбу и мы, вплоть до модернизации катетеров и других инструментов для уплощения атеросклеротических бляшек с целью восстановления проходимости сосуда. Но оказалось, что эффект вмешательства нередко носит временный характер: атеросклероз прогрессирует, и сужение сосуда вновь нарастает. Так пришла пора стентирования, введения

в коронарное русло после коронарографии специального металлического каркаса необходимого диаметра, препятствующего рецидиву сужения.

Однако и стенты первого поколения не оказались панацеей в связи с учащающимися прецедентами рестеноза. Начались поиски нейтрализующих покрытий для стентов. Мы стараемся применять стенты с нейтральным лекарственным покрытием. Как правило, уже на второй день после стентирования пациент выписывается домой.

Окклюдеры взамен разреза

— Быстро, бескровно, надежно, щадяще — вот, пожалуй, квадратура новых методик. Но коснемся и такой необыкновенной разработки, как применение окклюдеров. Недавно на международной конференции Вы доложили об использовании «Амплатцера» — оригинального устройства для замещения дефектов во внутрисердечной перегородке. В чем суть такого метода?

— Этот окклюдер, или, иначе говоря, двойная заплатка в виде двух миниатюрных «зонтичков», мгновенно раскрывающихся после их подведения к зафиксированному на экранах монитора дефекту, позволяет эндоваскулярным способом устранить врожденный дефект. В отделении выполнено около 30 таких операций пациентам в возрасте от 5 до 50 лет.

— Почему в условиях повышенной потребности в таких вмешательствах количество проведенных операций столь незначительно?

— Все и просто, и сложно. Один комплект «Амплатцера» стоит 7,5 тыс. долларов. Для большинства нуждающихся в данной коррекции это слишком дорого, поэтому хирурги вынуждены использовать традиционную методику.

— К концу минувшего тысячелетия в мире было выполнено 2 млн стентирований. Каковы успехи и показатели работы института?

— Формально, быть может, наш вклад в это скромный, но для Украины все же явно ощутимый. В институте в течение года выполняется около 500 стентирований коронарных артерий. В целом за 20 лет работы в отделении, помимо коронарографий, выполнено свыше 7,5 тыс. эндоваскулярных клапанных и сосудистых реконструкций. Из них примерно 4 тыс. осуществлялись при моем участии.

...Вечереет, опустели операционные залы. За годы развития отделения сменилось пять поколений рентгенохирургической аппаратуры, позволяющей эндоваскулярным хирургам, виртуозам современности, работать с наименьшим риском для пациента. В этих тихих святых залах ощущаешь, что будущее создается сегодня.

Мы едем в огнях лабиринта городских маршрутов, и Юрий Владимирович каким-то образом легко и искусно минует заторы. Мне приходит на мысль сравнение, что незаметное мастерство за рулем чем-то напоминает его деяния. Но это, конечно же, только приблизительная аналогия. Скорее, его работа, как и призвание команды Паничкина, — постоянный головоломный слалом, когда в тысячный раз нужно за долю секунды принять правильное решение...

Подготовил Юрий Виленский

