

О.Н. Лазаренко, д.м.н., руководитель отдела науки малоинвазивной хирургии ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУ делами Президента Украины, г. Киев

## XIII франкоязычный съезд интервенционных кардиологов

9-12 октября 2011 года в г. Париже проходил XIII франкоязычный съезд интервенционных кардиологов. В мероприятии приняли участие специалисты из Франции, Италии, Германии, Канады, США, Словакии, Испании, Бельгии, Швейцарии, Египта, Греции, Израиля, Марокко, Алжира, Туниса, Бразилии и Украины. Съезд состоялся после больших Всемирных и Европейских съездов кардиологов, что позволило специалистам разобраться в деталях научных работ, представленных на предыдущих форумах, и обсудить все «за» и «против» новых направлений и больших исследований в области интервенционных вмешательств. Аудитория съезда традиционно состояла из 200-250 специалистов. Основные доклады из области интервенционных вмешательств из различных клиник Европы были даны в онлайн-трансляции. Также представлены доклады по периферической интервенционной васкуляризации, острому коронарному синдрому и аспирации тромбов, вариантам денервации и абляции при рефрактерной почечной гипертензии и вмешательствам на стволе левой коронарной артерии. Остановимся на наиболее интересных из них.

В первый день конгресса было представлено два доклада по проблеме митральной регургитации (МР) и новым методам ее лечения при помощи инвазивных технологий.

М. Barbanti (Катания, Италия) ознакомил слушателей с результатами трехлетнего опыта использования транскатетерного клапана MitraClip.

Идея применения данной методики возникла на основании метода наложения швов на стенки полулунных клапанов при их недостаточности. Интересно, что этот проект в самом начале работ в 2002 году оценивали как самый неперспективный из всех запланированных. Эффективность и безопасность использования MitraClip и хирургического метода сравнивали в мультицентровом рандомизированном клиническом исследовании EVEREST II (37 центров), в котором участвовали 279 пациентов с МР из США и Канады.

Согласно результатам исследования через 30 дней после вмешательства

осложнения развились у 15% пациентов с установленными MitraClip и у 47,9% пациентов, перенесших хирургическое вмешательство ( $p < 0,001$ ). Через два года наблюдения 78% пациентов с имплантированными MitraClip не нуждались в проведении хирургического лечения.

Установка MitraClip происходит при помощи базового катетера диаметром 24F, отходящего от системы и подсоединенного к основному аппарату. Используются несколько доступов для имплантации MitraClip: типичный доступ при помощи пункции бедренной вены; пункции через левое предсердие; пункции правого предсердия и межпредсердной перегородки. Все эти варианты доступов рассматриваются в зависимости от тяжести нарушения гемодинамики и общего состояния пациента. Конечный участок базового катетера, на котором крепится сам MitraClip, может ориентироваться и передвигаться вдоль клапана (рис. 1-4). При временном накладывании клипа измеряется

реургитационный ток крови для определения оптимального места клипирования MitraClip. Это возможно за счет датчиков, расположенных в основании конечного участка катетера.

Сегодня существует мнение, что MitraClip целесообразно использовать у пациентов с высоким риском хирургического лечения: пожилых лиц и больных в тяжелом состоянии.

О результатах исследования с участием таких пациентов сообщил профессор А. Pichard (США).

В это исследование были рандомизированы пациенты с умеренными симптомами аортального стеноза (АС), которые не могли быть подвергнуты операционному вмешательству, так как риск смертельного исхода превышал 50%. Из прооперированных пациентов, включенных в исследование, успешно перенесли операцию в 83% случаев. Смертность пациентов после инвазивного вмешательства была такой же, как и при проведении обычной операции, но в 50% случаев смертельные исходы у пациентов с MitraClip не были связаны с кардиологическими причинами. Таким образом, профессор А. Pichard подтвердил, что данная методика позволяет оказать необходимую помощь ранее обреченным пациентам. Однако он отмечает, что пациенты, отобранные для проведения подобной операции, состоят в группе риска на ранних и отдаленных этапах после успешно проведенной процедуры.

Коронарные аномалии – современная эпидемия? Такой вопрос был поставлен в докладе Р. Aubry и Corcos (г. Париж, Франция).

Докладчики отметили, что развитие различных неинвазивных методов исследования позволило установить, что коронарные аномалии встречаются достаточно часто, становясь причинами бессимптомной внезапной смерти у лиц до 35 лет.

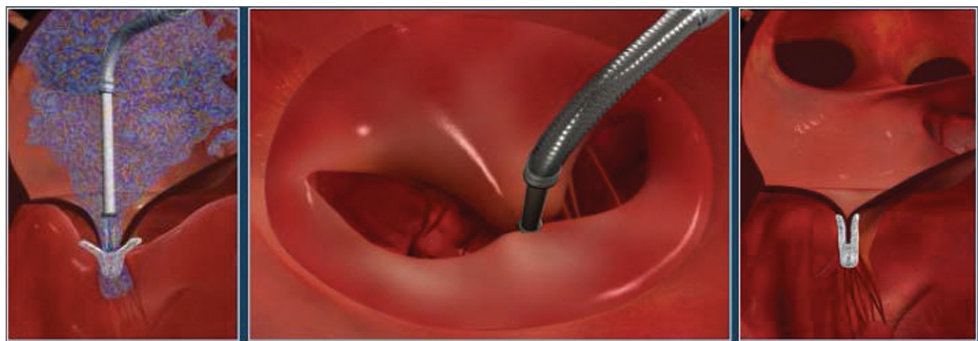


Рис. 1. Технология установки MitraClip



Рис. 2. MitraClip в раскрытом состоянии

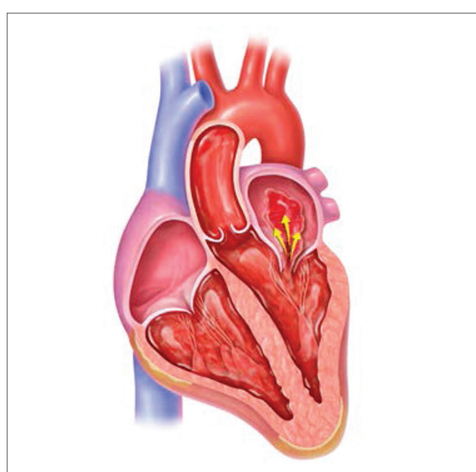


Рис. 3. Регургитация митрального клапана

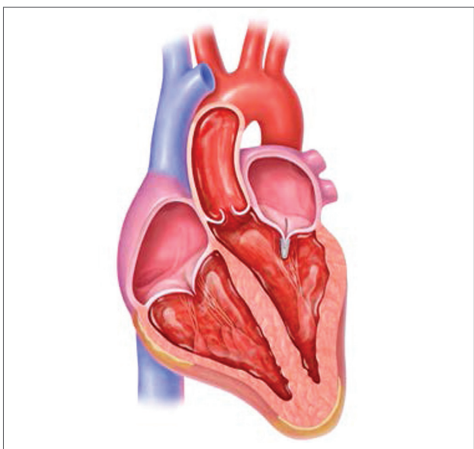


Рис. 4. Результат после установки MitraClip

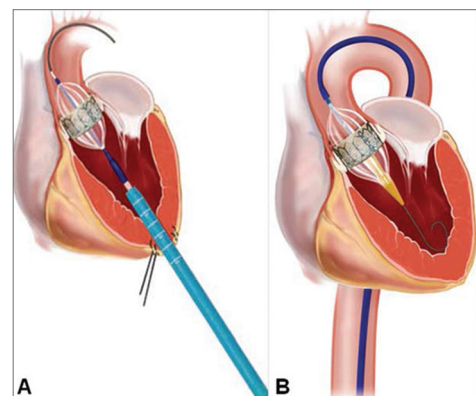


Рис. 5. Клапаны Portico (A) и JenaValve (B)

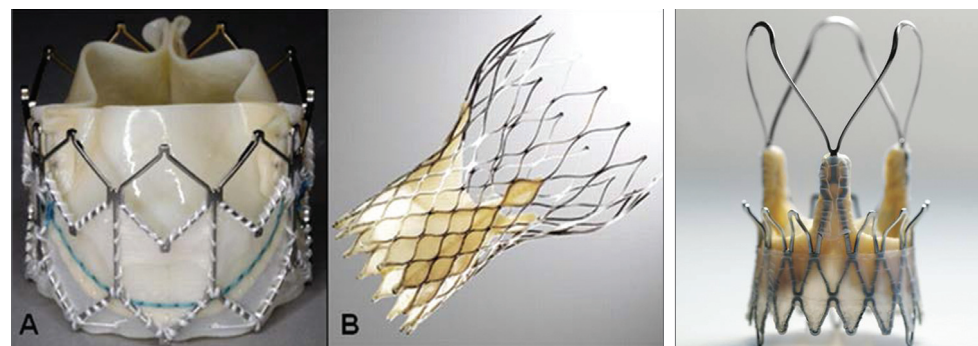


Рис. 6. Клапаны Engager (A) и Direct Flow Medical (B)

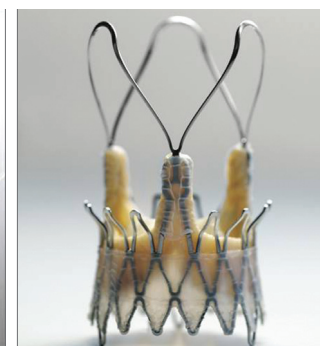
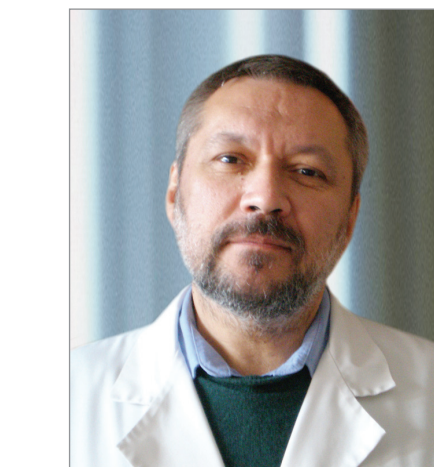


Рис. 7. Клапан Tirouvanziam, Nantes

В связи с этим актуальной задачей является создание единой базы данных обследований пациентов для прогнозирования возможных рисков в популяции, подготовка соответствующих специалистов быстрого реагирования (мобильные установки для проведения обследования) и создание карты патологий сердца во Франции (ANOCOR).

Доклад Cribier (г. Руан, Франция) был посвящен проблемам, связанным



О.Н. Лазаренко

с чрескатетерной имплантацией аортального клапана (TAVI).

TAVI осуществляют пациентам с тяжелым АС, которые имеют противопоказания к хирургическому вмешательству. Предпосылкой к проведению исследования послужило частое возникновение аортальной околоклапанной регургитации (APR) при проведении TAVI в клинической практике.

С 2008 по 2011 год процедуре TAVI подверглись 64 пациента. У 17 пациентов (27%) развилась APR, а у 47 (73%) наблюдались «следовые» проявления этой патологии. При этом было установлено, что смертность в группе пациентов с APR была достоверно выше, чем в группе без APR (35 против 8,4%,  $p < 0,009$ ). Необходимость установки водителя ритма после TAVI также была выше у пациентов с APR (47 против 30%,  $p < 0,205$ ). Ухудшение МР чаще наблюдалось в группе с APR (76 против 26%,  $p < 0,001$ ), так же как и утяжеление легочной гипертензии (41 vs 6%,  $p < 0,001$ ).

При этом не было выявлено никакой корреляции между возрастом, полом, фракцией выброса, степенью поражения клапана и предоперационной регургитацией.

Авторы сделали вывод, что APR после TAVI является причиной ухудшения МР, легочной гипертензии и часто клинически связана с недостаточным гемодинамическим эффектом после этого вмешательства.

В настоящее время разрабатываются клапаны других видов: Portico (рис. 5, А), JenaValve (рис. 5, В), Engager (рис. 6, А), Direct Flow Medical (рис. 6, В), Tirouvanziam, Nantes (рис. 7).

Прошедший съезд еще раз показал, что новые технологии, разрабатываемые в области интервенционной кардиохирургии, расширяют возможности оказания высокоспециализированной кардиохирургической помощи пациентам отдельных категорий (пожилым, с тяжелыми сопутствующими состояниями), для которых обычное вмешательство на сердце является трудновыполнимой задачей, сопряженной с высоким риском осложнений и смерти.