

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

На вопросы редакции отвечает **Коков Леонид Сергеевич**, член-корр. РАМН, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы.



1. Как Вы относитесь к расширению показаний к чрескожной имплантации аортального клапана у больных с тяжелым аортальным стенозом и высоким риском хирургического лечения? Насколько в России перспективно такое направление?

Я не стал бы говорить пока о широком применении этой методики в нашей стране. Прежде всего потому, что очень высока стоимость имплантируемых устройств и слишком мало специалистов владеют этой методикой. Кроме того, все операции на сегодня в нашей стране и за рубежом происходят при участии или под контролем (при личном присутствии) уполномоченных специалистов от фирм-производителей имплантируемых аортальных клапанов. На сегодня решение об имплантации принимается бригадой специалистов, в которую входят не только кардиохирурги и рентгенохирурги, но и обязательно реаниматологи, анестезиологи, перфузиологи. И только в том случае, если аортальный клапан подлежит замене, а пациент не может по медицинским параметрам перенести операцию с остановкой сердца и искусственным кровообращением, может быть принято решение об эндоваскулярном вмешательстве.

Для России это направление, безусловно, очень перспективно. Однако в этом деле, как мы уже знаем, важна финансовая составляющая. Поэтому скорее всего очень скоро мы станем свидетелями опережающего роста числа таких операций в крупных центрах Сибири (Красноярск, Новосибирск), юга России. Медицина этих регионов получает очень большую финансовую поддержку от федерального центра и местных властей. Мы только можем пожелать нашим коллегам удачи!

2. В настоящее время в мире при лечении больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST средняя продолжительность периода между развитием симптомов до начала реперфузионной терапии с помощью чрескожных вмешательств на коронарных артериях достигает около 160 минут. Какие препятствия имеют место в нашей стране для приближения к таким показателям?

Прежде всего, удаленность медицинских учреждений друг от друга и от самих пациентов. Но сейчас

в этом наметились положительные сдвиги. Так, в Москве в нескольких крупных больницах закуплены и совсем скоро будут запущены новые ангиографические установки, специально приспособленные для лечения этой категории больных.

3. Насколько эффективность чрескожных вмешательств на коронарных артериях зависит от опыта врача? А если зависит, то сколько вмешательств в год должен сделать специалист, чтобы достичь требуемого уровня безопасности и эффективности вмешательств?

Эти положения общеизвестны, точнее определены Американскими сообществами кардиологов и многократно подтверждены на всех новых мировых, американских и европейских конгрессах. Минимально необходимое число таких операций для безопасных результатов должно быть не менее 200 в год для каждого специалиста по коронарной ангиопластике, а самостоятельно он может начинать хирургическую практику только после 50 вмешательств, выполненных им под контролем старшего коллеги, то есть проходя обучение.

4. Как можно уменьшить вероятность развития феномена no-reflow?

Феномен *no-reflow* связан с замедлением или полной остановкой кровотока в реканализованной коронарной артерии (и не только коронарной). Причин этому может быть несколько. Во-первых, периферический спазм сосудов, который настолько увеличивает сопротивление кровотоку, что возникает стаз крови; во-вторых, периферическая эмболизация тканями атеросклеротической бляшки или фрагментами тромбов, которые прежде окклюзировали сосуд локально, а после восстановления просвета переместились дистально и закупорили русло. Предвидеть феномен «*no-reflow*» трудно, но лучше быть готовым к нему заранее и иметь под рукой устройства для удаления тромбов или атеросклеротического детрита из дистального русла. Могут быть использованы сосудорасширяющие средства (препараты Нитроглицерина) и такие современные антиагрегантные и антикоагулянтные

препараты, как Интегрилин, Бивалирудин для лизиса тромбов и восстановления дистального кровотока.

5. Как Вы относитесь к стентированию сонных артерий у больных с атеросклерозом сонных артерий? Каково количественное соотношение между эндартерэктомией и стентированием сонных артерий?

Положительно, но с известной осторожностью. Самое главное, правильно определить показания к этой операции. Имплантация стента в просвет внутренней сонной артерии — небезразличное для данной артерии и всей сосудистой системы головного мозга действие. Прежде всего, имплантация стента в сонную артерию у относительно молодого человека (до 65 лет) может вызвать активное разрастание интимы вокруг этого «инородного тела» с развитием рестеноза. Поэтому пациентам до этого возраста при наличии показаний необходимо открытое хирургическое вмешательство — каротидная эндартерэктомия, при котором сам субстрат стенозирования внутренней сонной артерии — утолщенная интима с атеросклеротической бляшкой — удаляется. Также считают противопоказанными операции имплантации стентов при наличии изъязвленных, нестабильных бляшек в сонной артерии и при наличии патологической извитости внутренней сонной артерии, когда установка систем защиты сосудов головного мозга затруднена и сопряжена с повышенным риском эмболии. Имплантация безусловно показана в случаях рестенозов после ранее выполненных эндартерэктомий, у пожилых пациентов со стабильными атеросклеротическими бляшками в устье внутренней сонной артерии при стенозе не менее 60% без предшествовавших транзиторных ишемических атак, а в случае этих «происшествий» — при любой степени сужения просвета сонной артерии.

Сегодня соотношение открытых и эндоваскулярных операций сильно разнится в отдельных клиниках. Есть учреждения, где выполняют только или почти только одни эндоваскулярные операции — Центр неврологии РАМН, Реабилитационный центр Минздрава России.

6. Насколько распространено стентирование брюшного отдела аорты при его аневризме?

В странах Америки и Европы выполняют тысячи таких операций. Активность развития этого направления зависит от оснащения клиник эндопротезами, общего уровня финансового обеспечения здравоохранения. Но, между прочим, именно в нашей стране в 1986 г. в Харькове всемирно известным ныне хирургом Н.Л. Володосем впервые в мире была выполнена операция стентирования аорты. В нашей стране есть клиники в Казани, на Урале, в Сибири (я уже упоминал их), имеющие опыт нескольких десятков и даже более ста таких операций. В том числе и в гибридном исполнении.

7. Что такое «гибридные» вмешательства? Что «правильнее» делать вначале — стентирование артерий или хирургическое вмешательство?

Название «гибридные вмешательства» пришло к нам из-за рубежа. Уже многие годы в нашей стране хирурги стремились уменьшить травму, наносимую пациенту хирургическими операциями, самым разрезом, и выполняли симультанные или этапные операции из разных доступов. Ведь для операции на торакоабдоминальном отделе аорты необходимо произвести

разрез от лопатки до подвздошной области, пересекая несколько групп мышц, ребра, диафрагму. Обеспечить выполнение таких операций — это подвиг не только для хирурга, но и для всей бригады анестезиологов, реаниматологов. А сколько сил все это требует от больного, можно только догадываться. Гибридные вмешательства позволяют вернуться к единому или даже малому доступу и установить часть протезов эндоваскулярно, закрепив их в только что вшитый в дугу аорты или торакальный ее отдел сосудистый протез.

Очередность стентирования и открытых операций имеет смысл обсуждать, когда возникает опасение в возможном нарушении кровотока по путям оттока или притока крови к протезируемому участку сосудистого русла — подвздошные, бедренные, подколенные артерии. Эти решения принимаются индивидуально в зависимости от характера поражений сосудистого русла конечности и, безусловно, совместно бригадой сосудистых хирургов и эндоваскулярных специалистов.

8. Как Вы относитесь к новым технологиям в изготовлении стентов для стентирования коронарных артерий: «рассасывающиеся» стенты, стенты с лекарственным покрытием и другие? Каковы наиболее перспективные направления технологии изготовления стентов?

Разумеется, чем меньше будет в теле человека чужеродного металла, тем лучше. Рассасывающиеся — биодеградируемые стенты только начинают свой путь в клиниках мира. Думаю, что за ними большое будущее. Ведь материал стента полностью замещается соединительной тканью через 12–18 мес после имплантации.

Лекарственные стенты на сегодня, наверное, лучшее решение. Они позволяют пациенту обходиться без повторных вмешательств на коронарных артериях многие годы. Но еще лучшим станет когда-нибудь лекарственный биодеградируемый стент!

9. Какова роль рентгенохирургических методов в лечении больных с ТЭЛА?

Сегодня лечение ТЭЛА и осложнений, которые могут привести к ней, невозможно без применения методов рентгенэндоваскулярной хирургии.

10. Как Вы думаете, правильно ли разделение специалистов на рентгенохирургов и кардиологов? Ведь за границей вмешательства на коронарных артериях занимаются интервенционные кардиологи?

Это относится не только к проблеме лечения ишемической болезни сердца. А как Вы назовете кардиохирурга, который сам имплантирует аортальный клапан через бедренную артерию или через миниторакотомию? Или кем назвать сосудистого хирурга, который сам принимает решение о способе протезирования аневризмы грудной или брюшной аорты и сам же превращает его в жизнь в операционной, которая оснащена рентгеновским аппаратом.

Сегодня специальность «рентгенохирургия» становится частью других хирургических и даже терапевтических специальностей. Задача тех, кто готовит таких специалистов — передать достаточно знаний и навыков хирургам и кардиологам для их работы в условиях рентгенооперационной, так, чтобы это было не во вред пациенту и не оказалось опасным для самого хирурга и всего персонала.