

Ориентиры

# Неприступная аорта

## Почему в стране недостаточно развита помощь при патологии «магистрального нефтепровода»?

**Всероссийская ассоциация аортальных хирургов будет создана уже до конца этого года. По мнению директора Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского академика РАН Юрия Белова, необходимость в этом давно назрела: в стране, где работают аортальные хирурги с мировым именем, в целом данное медицинское направление представлено весьма пунктирно. И в плане географии, и в плане объёмов помощи, и в плане её качества.**

### Самая проблемная область

— Это, без преувеличения, самая проблемная область хирургии. Традиционно сложилось, что сосудистые хирурги либо ангиологи занимаются брюшной аортой. Кардиохирурги занимаются восходящим отделом и дугой аорты. А грудной частью нисходящего отдела аорты вообще никто не занимается. Мы надеемся через создание ассоциации пересмотреть сегментарный подход к аортальной хирургии. Любой специалист в данной области хирургии, по моему убеждению, должен уметь оценить состояние и устранить дефекты на всём протяжении «магистрального нефтепровода организма», от аортального клапана и до конечных отделов, — говорит Юрий Владимирович.

До сих пор фактически единственной легитимной площадкой для обмена опытом, научных дискуссий и продвижения новых технологий в этой сфере был Московский аортальный конгресс. Но, как показала практика, формирование единой методологии аортальной хирургии, реализация образовательных программ и решение сложных вопросов по организации оказания данного вида медицинской помощи требуют наличия некоей постоянно действующей структуры, которая отстаивала бы интересы как специалистов, так и пациентов. В этом смысле будущую ассоциацию можно назвать профсоюзом аортальных хирургов и их пациентов.

### Методология

Активное обсуждение новых подходов в аортальной хирургии началось на прошедшем в июне 2016 г. II Московском аортальном конгрессе. Директор РНЦХ им. Б.В.Петровского Юрий Белов выступил с сообщением о необходимости сотрудничества кардиохирурга и эндоваскулярного хирурга в лечении пациентов с аневризмой аорты.

Возможно ли такое сотрудничество в принципе? Вопрос приобрёл особую актуальность в связи с разгоревшимися в последние месяцы очными и заочными, весьма эмоциональными спорами внутри самого профессионального сообщества о том, что предпочтительнее для бюджета здравоохранения и для пациента — операции на открытом сердце или малоинвазивные вмешательства? Вот что думает по этому поводу академик Юрий Белов:

— Аорта — как раз то поле деятельности, которое может являться полигоном для испытаний взаимодействия кардиохирургов, оперирующих открытым доступом, и рентгеноэндоваскулярных хирургов. Почему именно аортальная патология требует применения не просто высокотехнологичных, но и комбинированных подходов в лечении больных? Потому что, надо признать, следование только традиционным стандартам влечёт достаточное количество осложнений и неудачные исходы операций. Между тем, специалисты РНЦХ предлагают вариант гибридной операции: кардиохирург выполняет этап по замене сильно расширенного участка аорты, а остальную часть вмешательства, а также на изменённой аорте, проводит эндоваскулярный хирург. Вот



наглядный пример кооперации и ориентир для формирования новой методологии аортальной хирургии. Насколько мне известно, данную концепцию поддерживает уже большинство наших коллег в России. Нельзя всё отдавать на откуп только кардиохирургам. Мир хирургии изменился, и надо искать творческие подходы, прежде всего в интересах пациентов.

### Образование

Важнейшим из направлений работы ассоциации будет популяризация (в хорошем смысле слова) раздела «аортальная хирургия» в профессиональной среде, а также реализация образовательных программ. Сегодня у нас в стране в лучшем случае сто человек занимаются хирургией аорты, а нужно не менее пятисот.

— Имеющиеся в России полтора десятка центров сердечно-сосудистой хирургии не справляются с задачей по оказанию помощи всем больным с патологией аорты и снижению внезапной смертности, вызванной данной причиной. Моя задача, как директора научного центра, как академика и руководителя направления аортальной хирургии в России — сделать так, чтобы как можно больше врачей любило эту хирургию и владело её технологиями. И чтобы в итоге как можно большее число больных не умирало, а подвергалось радикальным хирургическим вмешательствам. Пока же проблема оказания помощи данной категории больных в нашей стране очень актуальна, в частности, потому, что это очень тяжёлая хирургия. Крайне тяжёлая, — продолжает Юрий Белов.

И вот иллюстрация к сказанному: если по аналогии с персонализированной медициной говорить о персонализированной хирургии, то она особенно наглядно реализуется как раз в аортальной хирургии. Именно здесь, при одном и том же заболевании оперирующий хирург всякий раз принимает решение о том, какое вмешательство выполнять конкретному больному. Причём, с учётом специфики самого процесса аортальной катастрофы принимать такое решение врач вынужден не до операции, опираясь на результаты обследований, а уже интраоперационно, в условиях жёсткого лимита времени. В течение одной минуты, когда аорта выключена из кровообращения, и

запущен АИК, необходимо рассечь сосуд и быстро сориентироваться, в каком направлении продвигается расслоение, чтобы выполнить коррекцию нужного типа из возможных вариантов.

Может ли заведомая сложность хирургического профиля быть привлекательной стороной? Да, может. Но лишь для людей с определёнными личностными особенностями.

— Я занялся аортальной хирургией в конце 80-х годов, когда уже имел огромный опыт выполнения операций аорто-коронарного шунтирования, всех видов сосудистых операций. Но мне было интересно заняться тем, чем в России никто не занимался, причём, самым сложным. Сказал себе, что сделаю это и сделал. Так что загвоздка не только в количестве лечебных учреждений, где есть технические условия для выполнения операций на аорте, а в том, что нужны инициативные, если не сказать отчаянные хирурги, которые хотели бы этим заниматься, — считает директор РНЦХ.

Как хирург, лично выполнивший уже более 3 тыс. операций на аорте и её ветвях, удостоенный Государственной премии РФ как раз за освоение хирургии аневризмы аорты, академик Белов знает, о чём говорит. Он признаётся, что и ему было страшно... но только однажды, в 1993 г., когда он выполнял операцию пациентке с аневризмой дуги аорты и восходящей аорты, недостаточностью аортального клапана. Предстояло впервые заменить аортальный клапан, протезировать восходящую аорту, дугу аорты, и всё это в условиях не только традиционной анестезии, но и с применением метода глубокой гипотермии. Операция прошла успешно, несмотря на очень длительное — в течение 84 минут — отсутствие кровоснабжения мозга. Глубокая, до 14°C, гипотермия тогда доказала свою эффективность как метод защиты головного мозга при таких сложных хирургических вмешательствах.

### Организация

Кроме дефицита инициативных хирургов развитие аортальной хирургии в нашей стране тормозится ещё одной, не менее важной проблемой — финансовой.

Стоимость квоты на аорто-коронарное шунтирование (операцию, которая заведомо технически про-

ще) в денежном выражении равна стоимости протезирования дуги аорты либо торакоабдоминальной аорты. А протезирование клапана сердца стоит дороже, чем протезирование дуги аорты с сосудами мозга.

— При том, что вмешательство на аорте подразумевает приобретение дорогостоящих протезов, дорогостоящее анестезиологическое обеспечение и очень дорогостоящее послеоперационное выхаживание пациентов. А если у пациента возникает осложнение, и требуется проводить гемодиализ или альбуминовый диализ, мы вынуждены тратить деньги на очень дорогие расходные материалы к аппаратам «искусственная почка» и «искусственная печень». После большой кровопотери необходимо выполнять гемотрансфузию в больших объёмах, дорогостоящую иммунокоррекцию. Стоимость лечения одного пациента с осложнённым течением аневризмы аорты может достигать 3 млн руб. И когда нам не хватает денег по квоте, мы лечим таких больных в убыток для клиники, — подчёркивает директор РНЦХ им. Б.В.Петровского.

Как такое возможно? На этот вопрос у самих аортальных хирургов ответа нет, поскольку участия в формировании тарифов на операции по системе ВМП профессиональное сообщество в данном случае не принимало. Но факт остаётся фактом и он лучше любых слов объясняет, почему главные врачи не горят желанием поддерживать инициативу хирургов и заниматься организацией оказания помощи больным с патологией аорты на базе своих лечебных учреждений.

### Профилактика

Аортальная хирургия, как никакой другой раздел медицины, пожинает плоды несвоевременной диагностики патологии аорты на уровне первичного звена здравоохранения. По информации академика Ю.Белова около 37 тыс. человек умирают в России ежегодно от разрыва аневризмы аорты. Это люди, которым не просто помощь оказать не успели, но у большинства из них и диагноза такого в медицинской карте не было.

А могла ли патология аорты быть диагностирована до острой фазы заболевания? Чего греха таить, для многих врачей, считающих разрыв аорты единственным признаком её патологии, ответ академика Белова на этот вопрос окажется неожиданностью:

— Могла. Потому что сегодня в России компьютерных томографов больше, чем в европейских странах. Но нужно, чтобы врачи на уровне амбулаторно-поликлинического звена умели выставлять показания к КТ для больных, которые относятся к группе риска и нуждаются в диспансерном наблюдении.

Чем большее число наших коллег, работающих в поликлиниках, будут владеть этой информацией, тем больше будет становиться доля больных с патологией аорты, которым выполняется не экстренная операция по жизненным показаниям, а проводится плановое хирургическое лечение. И тем заметнее будет снижаться

показатель внезапной смертности, ассоциированной с аортальной катастрофой. Если при диаметре аорты меньше 5 см риск разрыва составляет 5%, то при диаметре больше 5 см он возрастает многократно. В течение какого времени это произойдёт, никто не знает, но то, что эта «граната» рано или поздно рванёт, это точно.

Сообщество российских аортальных хирургов намерено активно вовлекать коллег, имеющих иные врачебные специальности в решение проблемы недиагностированной патологии аорты. Сегодня, если человек обращается к терапевту или гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе, ему выполняют стандартное ультразвуковое исследование: смотрят желудок, почки, поджелудочную железу. Но за редким исключением забывают посмотреть аорту. Отсутствие «аорто-настороженности» оборачивается потерей 37 тыс. жизней ежегодно.

В настоящее время доподлинно известно, что причиной аневризмы аорты у людей старше 50 лет является атеросклероз, а у людей младше 50 лет — генетические заболевания: синдромы Марфана и Элерса — Данло, дегенеративные изменения стенки аорты, соединительно-тканые дисплазии. В общей массе больных с патологией аорты доля людей с генетическими заболеваниями — примерно 20%, а с соединительно-ткаными дисплазиями, которые тоже имеют генетическую детерминанту, но не передаются по наследству — примерно 50%. Иными словами, это люди, которые с детства имеют определённые диагнозы, а значит, они должны постоянно находиться в поле зрения кардиолога. В их медицинских картах на главной странице должна быть надпись: «Риск аневризмы аорты».

По просьбе «МГ» академик Юрий Белов сформулировал рекомендации для врачей общей практики, терапевтов и кардиологов по своевременному выявлению аневризмы аорты:

— Всем пациентам, у которых имеется генетическая предрасположенность, нужно с определённой периодичностью выполнять ультразвуковое исследование аорты. При подозрении на расширение аорты, выявленное с помощью УЗИ, необходимо проводить КТ аорты как оптимальный и окончательный метод диагностики данной патологии. Всем пациентам старше 50 лет следует раз в 5 лет назначать коронарографию вне зависимости от того, есть жалобы или нет. При невозможности данного исследования делать УЗИ, а затем, в случае выявления атеросклеротических изменений аорты, проводить КТ для подтверждения диагноза и определения тактики лечения.

Казалось бы, организационно простые и не очень финансово затратные методы профилактики разрыва аорты. Но почему всё, что просто, в нашей системе здравоохранения оказывается невозможным для реализации?

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото предоставлено  
РНЦХ им. Б.В.Петровского.