

– На сегодняшний день одна из важнейших проблем – это возможности хирургического лечения больных с нарушением мозгового кровообращения. Если при проксимальных стенозах брахиоцефальных артерий отдаётся предпочтение дилатации и стентированию, то в отношении сонных артерий ситуация постоянно меняется и по-прежнему далека от своего разрешения.

Показанием к операции является критический стеноз сонных артерий, подтверждённый результатами ультразвукового исследования и компьютерной томографии. И мы обсуждали очень важный вопрос: в какие сроки оптимально выполнять вмешательство? Брать больного на операционный стол сразу, в остром периоде инсульта, или нет?

Накопленный опыт нашего института, а также других клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Самары говорит, что правильно, когда промежуток между наступившим острым нарушением мозгового кровообращения и оперативным лечением составляет примерно месяц. В остром периоде ишемического инсульта восстановление кровотока в сонной артерии иногда приводит к геморрагическому инсульту с неблагоприятными исходами. Поэтому считается, что имеет смысл сразу оперировать только тех больных, у которых есть транзиторные ишемические атаки. Когда же очевидно, что пострадала морфология головного мозга, лучше выждать время и прооперировать пациента, как только его состояние станет лучше.

– **Анатолий Владимирович, второй вопрос, который активно обсуждался на конференции – виды хирургического лечения при стенозе сонных артерий. Почему эта тема настолько дискутабельна?**

– В настоящее время всё большую популярность приобретают эндоваскулярные вмешательства, в частности, баллонная ангиопластика и стентирование. Должен сказать, что мы в своей клинике очень осторожно подходим к применению данных видов хирургического лечения.

Внешне выглядит очень заманчиво: нет открытой раны, минимум риска инфекционных осложнений. И поначалу мировое сообщество сосудистых хирургов активно высказывалось за то, что эндоваскулярные технологии нужно применять при лечении пациентов старшей возрастной категории, как наиболее оптимальные. Однако, теперь уже и мировой опыт показал, что это ошибочное мнение: чем старше пациент, тем больше у него противопоказаний к стентированию внутренних сонных артерий, в частности из-за сопутствующей патологии. Поэтому сегодня превалирует уже иное мнение – «возрастной» пациент лучше переносит открытую операцию, чем эндоваскулярную. Вот такой, казалось бы, парадоксальный вывод.

Что касается открытых операций на внутренних сонных артериях, они выполняются в мире с 1953 г. А первую классическую операцию каротидной эндартерэктомии в

Авторитетное мнение

В поиске смысла, определяющего жизнь

Сосудистая хирургия должна быть превентивной

В России два года назад появились национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий и пациентов с аневризмой брюшной аорты. Казалось бы, теперь всё расставлено по местам, и поводов для дискуссий нет: бери рекомендации и пользуйся ими во благо пациента. Однако и первая, и вторая тема продолжают оставаться в центре внимания профессионального сообщества.

В частности, в научной программе 30-й международной конференции сосудистых хирургов, которая состоялась недавно в Сочи, вопросы хирургического лечения стенозов сонных артерий и аневризмы аорты занимали ведущее место. Чем обусловлено такое внимание к теме? Об этом в интервью «Медицинской газете» рассказал президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, заведующий отделением сосудистой хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, академик РАН Анатолий ПОКРОВСКИЙ.



СССР сделал Ваш покорный слуга в 1962 г. И до сих пор по объёмам проведённых операций именно открытые вмешательства остаются основным методом хирургического лечения атеросклероза сонных артерий. Сегодня существует четыре варианта открытой операции, то есть хирург имеет возможность выбрать, какой вариант подходит для конкретного больного.

Что же касается стентирования, эта технология появилась только в 90-е годы. И в мире, и в России данный хирургический опыт пока набирается, изучаются его отдалённые результаты. Мы ещё не знаем, что будет со стентом, который установлен в просвет артерии, скажем, через 10 лет.

В основном этот метод активно применяют кардиохирурги, выполняя стентирование коронарных артерий. С моей точки зрения, необходим мультидисциплинарный подход в определении показаний и противопоказаний к операции для каждого пациента: в обсуждении должны обязательно участвовать не только кардиолог, но также сосудистый хирург и невропатолог. Кстати, американские коллеги в прошлом году сузили показания к стентированию, подтверждая тем самым наше мнение, что к приме-

нению эндоваскулярных методов нужно относиться более осторожно, учитывая все «за» и «против».

Ещё один важный аспект: внутрисосудистое вмешательство обязательно должно сопровождаться использованием системы защиты головного мозга от эмболии и очередного инсульта. Это общепринятый в мире подход при выполнении стентирования. Разработаны прогрессивные системы проксимальной защиты головного мозга, которые обязательно нужно использовать и в российских клиниках.

– **Диагностика атеросклероза сонных артерий сегодня возможна во всех регионах России благодаря наличию техники и технологий. А объёмы хирургической помощи больным, по вашим данным, соответствуют потребности? Я говорю о помощи именно превентивной, до катастрофы.**

– К сожалению, нет. В Германии, например, всем лицам старше 50 лет проводят дуплексное сканирование сонных артерий с профилактической целью, чтобы своевременно выявить стеноз. У нас это не делается, поэтому мы пока чаще боремся с уже развившимся инсультом, чем делаем превентив-

ные операции. Хотя главнейшая задача сосудистых хирургов не в том, чтобы как можно эффективнее прооперировать больного с уже развившейся клиникой инсульта или расслоения аорты, а в том, чтобы сделать операцию загодя, не допустить катастрофу. Но для этого пациент с критическим сужением просвета сонных артерий или с аневризмой аорты должен вовремя попадать в поле нашего зрения.

Данное желание адресовано первичному звену здравоохранения, куда пациенты приходят в первую очередь, со всеми своими медицинскими проблемами. Особенно внимательными в этом плане должны быть к своим пациентам кардиологи и неврологи.

В то же время есть один симптом наличия бляшки в сонной артерии, который может определить офтальмолог – amaurosis fugax, то есть эпизоды преходящей монокулярной слепоты, которые длятся от нескольких секунд до нескольких минут. Часто повторяющиеся эпизоды выпадения зрения на один глаз говорят об ишемии сетчатки, вызванной недостаточностью кровотока по сонной артерии. Заметьте, что в данном случае не нужны никакие специальные методы офтальмологического обследова-

ния, распознавание происходит просто во время разговора врача с пациентом. И даже если пациент не предъявляет такую жалобу, врач должен обязательно расспросить его сам. Вот так по одному симптому совершенно случайно можно заподозрить у человека опасное состояние, надо только знать этот симптом. Но в том-то и дело, что в России мало кто о нём знает. И потому у нас офтальмолог не направляет пациента к сосудистому хирургу.

Нередки случаи, когда к сосудистому хирургу больной с заболеванием сосудов нижних конечностей попадает только тогда, когда у него чернеют пальцы. И пациентов с перемежающейся хромотой, как правило, тоже редко направляют к сосудистому хирургу, если только они по своей инициативе не пойдут. Да, мы должны говорить о повышении уровня знаний врачей первичного звена.

То же самое – в отношении аневризмы брюшного отдела аорты, здесь тоже запаздывает диагностика. Наша задача – прооперировать больного до того момента, когда произойдёт расслоение аневризмы. Что для этого нужно? Практически каждому человеку старше 50 лет по тому или иному поводу выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Ничего не стоит одновременно профилактически посмотреть состояние брюшной аорты. Как только все врачи ультразвуковой диагностики будут осведомлены об этом, можно будет выявлять аневризмы, направлять больных к сосудистому хирургу и своевременно оперировать.

В нашем институте проводилось исследование: из пациентов старше 70 лет, которые были вовремя прооперированы по поводу аневризмы брюшного отдела аорты, больше половины перешагивают 80-летний рубеж. То есть продолжительность жизни у них такая же, как в среднем в популяции, не меньше. То же самое касается открытых операций на сонных артериях: у людей, которые после такой операции прожили 15-20 лет, не было повторных нарушений мозгового кровообращения. Именно потому, что им вовремя сделали операцию.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Владимира ГОНТАРЕНКО.

Тенденции

С предложением открыть в стенах одного из крупнейших медицинских многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга – Городской больницы Святого Великомученика Георгия регионального реабилитационного центра выступил губернатор Георгий Полтавченко. Инициатива градоначальника «поработать вопрос» прозвучала на первом заседании попечительского совета этой старейшей клиники, созданного в Смольном.

В ноябре нынешнего года больница мощностью 580 коек, к которой «прикреплены» жители Выборгского, Приморского, Кали-

Попечители под крылом Смольного

нинского и ряда других районов города, отметит 145-летие со дня основания. Вопросы подготовки к торжественной дате, обсудили в губернаторской резиденции члены попечительского совета: главный врач больницы профессор Валерий Стрижелецкий, глава администрации Выборгского района Валерий Гарнец, генеральный консул Словацкой Республики Аугустин Чисар, протоиерей храма Святого Великомученика Георгия Победоносца при больнице отец Геннадий, генеральный директор

ОАО «Средне-Невский судостроительный завод» Владимир Середохо.

Участники разговора, в котором приняли участие вице-губернатор Ольга Казанская и председатель Комитета по здравоохранению Валерий Колабутин, сошлись во мнении, что за прошедшие 3 года реализации Программы по модернизации регионального здравоохранения материально-техническое состояние больницы здорово «подтянулось». Изменился после проведённого ремонта облик ряда

клинических отделений, на базе клиники был создан городской центр инновационных медицинских технологий. Наиважнейшей точкой отсчёта для современных и будущих достижений больницы явилось «пришествие» на её площади учебных кафедр ряда медицинских вузов. Однако многое в больнице сделать ещё предстоит, отмечалось на заседании в Смольном. Вот-вот начнутся работы по реставрации фасада здания, спланированы продолжение ремонта внутренних помещений и открытие современ-

ного реабилитационного отделения для больных, перенёсших инсульт.

С созданием попечительского совета Городской больницы Святого Великомученика Георгия можно говорить о возрождении одной из старых добрых традиций больницы. У многих крупных медицинских стационаров на Неве есть официальные попечители, участвующие в решении острых проблем.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.