

Нові горизонти української кардіохірургії

8 серпня 2017 р. у приміщенні Українського незалежного інформаційного агентства новин (УНІАН), Київ, відбулася прес-конференція головного кардіохірурга клініки «Добробут» Олександра Бабляка, присвячена новітнім українським розробкам лікування ішемічної хвороби серця.



Головним у висвітленні теми став неабиякий якісний прорив світового рівня, досягнутого українськими лікарями, при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця.

Відкриваючи прес-конференцію, до присутніх із привітанням звернувся співзасновник приватної мережі лікувальних закладів України «Добробут» Олег Калашніков. Він подякував за можливість виступити і поділитися досягненнями приватної медицини високого рівня. «Традиційно, — наголосив виступаючий, — приватну українську медицину звикли бачити серед чого завгодно, тільки не у вирішенні стратегічних завдань охорони здоров'я України. А мова сьогодні йтиме саме про це. Не секрет, що серцево-судинні захворювання посідають чільне місце серед причин дачасної смертності громадян України. Ішемічна хвороба серця є тією патологією, яка суттєво вкорочує життя українцям. Попри складні часи для галузі охорони здоров'я, нам є чим гордитися, і наші здобутки яскравий тому приклад. Саме завдяки наполегливості та професійним знанням головного винуватця нашого заходу Олександра Бабляка став можливим стрибок світового рівня. У клініці вперше у світі вдалося виконати практично весь спектр ревааскуляризації міокарда серця із застосуванням міні-інвазивних технологій. І проблема не лише в оснащенні, хоча це суттєва позиція, проблема у подоланні бар'єру толерантності до нового і невідомого. Саме це було зроблено Олександром та його командою, а заклад лише сприяв втіленню у життя задуманого. Думаю, буде логічним до слова запросити автора втіленого — О. Бабляка, кардіохірурга вищої категорії, доктора медичних наук, головного кардіохірурга клініки «Добробут».

О. Бабляк почав свій виступ із вдячності директору клініки за розуміння і підтримку хірургічних новацій. Він підкреслив, що без цього неможливим було б втілення в життя задуманого. Доповідач зупинився на проблемах хірургічного лікування при ішемічній хворобі серця, на варіантах хірургічної техніки, особливостях нового напрямку та його головних відмінностях від існуючих.

Ішемічна хвороба серця — одна з головних винуватців дачасної смерті громадян України. Попри намагання кардіологів знизити захворюваність та летальність, проблема далека від вирішення. Ревааскуляризація міокарда є головним методом лікування пацієнтів з ішемією міокарда, а аортокоронарне шунтування — найчастіше виконувана операція. За минулий рік в Україні проведено 7000 коронарних шунтувань, на жаль, це становить лише 30% необхідної кількості, яку потребують українці. Тому проблема доступності допомоги, адекватності відновлення кровопостачання міокарда, зменшення терміну реабілітації оперованих

та підвищення якості життя у післяопераційний період — головні завдання, які ми намагаємося вирішити.

Головним при виконанні аортокоронарного шунтування є доступ до серця. На сьогодні у більшості випадків це середина стернотомія. З моменту запровадження цього методу (у 1957 р.) він є стандартом використання, оскільки дає можливість хірургу повного огляду всіх ділянок серця, не обмежує діяльності, безпечний і надійний у критичних ситуаціях.

Міні-інвазивні втручання для аортокоронарного шунтування при багатосудинних втручаннях у світі практично не застосовуються, за винятком шунтування окремих судин.

Здається, всі переваги серединного розтину наведено. А ось головні недоліки:

- великий розріз, повне зростання грудної кістки лише за 2 міс, тривалий реабілітаційний період, необхідність зміни стилю життя на час відновлення (фізична та психологічна реабілітація), тривалий час обмеження фізичних навантажень, погане загоєння у виснажених пацієнтів та при цукровому діабеті, нестабільність і незростання при надмірній масі тіла;
 - не менше значення має на сьогодні формування такого суттєвого косметичного дефекту, як шрам на шкірі грудної клітки, і тривалий період реабілітації, що стає на заваді для легкого прийняття рішення пацієнтом згоди на оперативне лікування.
- Така ситуація стала головним чинником для пошуку альтернативних варіантів вирішення проблеми хірургічного доступу, особливо сьогодні, коли розвиток малоінвазивних технологій має стрімкий злет у всіх без винятку галузях охорони здоров'я. Не зайвим назвати і такий чинник, як собівартість втручання, що може бути значно знижена за рахунок зменшення госпітального періоду і терміну реабілітації.

О. Бабляк зазначив: «На всі ці запитання може дати відповідь запропонований та вдосконалений нами метод повної ревааскуляризації ішемізованого міокарда серця з міні-інвазивного доступу. Наголошую! Повної ревааскуляризації — чого досі ніхто не виконував не лише у нас, а у всьому світі. Міні-інвазивна кардіохірургія (операції на серці через малі розрізи, що дає меншу травму та швидке відновлення) отримала бурхливий злет у 90-х роках ХХ сторіччя. Я, маючи певний досвід міні-інвазивних втручання на серці, отриманий за час стажування в Австралії, та прийнявши до уваги існуючі сьогодні методи ревааскуляризації міокарда, спробував їх об'єднати і вдосконалити. І нам це вдалося. Суть нашого методу полягає в застосуванні сучасних технічних новацій, таких як ендовідеоскоп («третє око» хірурга), особливо ранорозширювача та спеціальних маніпуляторів для форму-

вання анастомозів і канюль для приєднання апарата штучного кровообігу. В результаті таких новацій нам вдалося з невеликого малотравматичного доступу виконати повну реваскуляризацію міокарда (обох систем вінцевих артерій серця), не застосовуючи додаткових хірургічних розрізів, у всіх без винятку ситуаціях. На сьогодні наш досвід становлять шість послідовно виконаних оперативних втручань повної реваскуляризації міокарда у хворих різних вікових категорій. Обмежень при використанні внутрішньої грудної артерії в ролі шунта ми не мали. А задля демонстрації вам пропонуємо особисті враження пацієнтів та невеличкий фільм, який демонструє особливості цього оперативного втручання. Дякую за увагу і прощу запитання, якщо такі виникли. Думаю, буде логічним, якщо ми спочатку послухаємо враження оперованих».

Микола Войцехівський, Одеса, один місяць після оперативного втручання, чотири коронарних шунти.

Як наголосив пацієнт, почуватися він добре. Обмежень у фізичних навантаженнях немає. Веде активний спосіб життя. Практично з другого тижня після оперативного втручання і до сьогодні не притримується фізичних обмежень. Займається активним способом життя, хоча має декілька інфарктів в анамнезі. Пацієнт оперативним втручанням задоволений і вдячний хірургам клініки «Добробут» за проведення лікування: «І, нарешті, якщо не заперечуєте, можу продемонструвати післяопераційні наслідки» (демонструє шрам. — Прим. ред.).

Ігор Кожан, Львів. Чотири шунти, вік 64 роки, 1 тиж після оперативного лікування.

Як сказав пацієнт, його вдячність не має меж: «Особливо хочу подякувати колективу закладу і особисто О. Бабляку. Я не очікував отримати такий результат, знаючи як довго проходили відновлення колеги, тепер я повністю змінив свою точку зору на хірургію. Маю надію, що ще довго вестиму активне життя. Не маю значних болювих відчуттів, фізичних обмежень і взагалі добре почуватися. Почав ходити наступного дня після операції та практично не потребував фізичної допомоги. Ще раз хочу висловити подяку лікарям і клініці «Добробут».

Заслухавши враження оперованих, присутні перейшли до запитань доповідачу.

— *Все-таки для нефахівців: у чому полягає відмінність і унікальність Вашого методу?*

О. Бабляк: «Наш метод відрізняється від запропонованих раніше міні-інвазивних методів тим, що він застосований практично у кожного пацієнта з ішемічною хворобою серця і може бути використаний незалежно від віку, перенесеного інфаркту, цукрового діабету чи серцевої недостатності. І наголошую, для проведення повної реваскуляризації міокарда!!! Цього у світі не робить ніхто! Для операції ми використовуємо спеціальні інструменти, які довші за звичайні, та дозволяють нам оперувати в умовах вузької рани. Також для операції використовуємо відеторахоскоп, який є «третім оком» хірурга, бронхоскоп, черезстраховідну ехокардіографію, спеціальні пристрої для проведення штучного кровообігу. Все це дозволило радикально змінити техніку втручання».

— *У мене питання суто професійне. Наскільки методика виправдана з технічної точки зору та чи має суттєві переваги перед традиційним доступом? Чи вдається виконати повний спектр втручань при реваскуляризації міокарда?*

Відповідаючи на запитання, автор методу наголосив, що незважаючи на деяку несприйнятність методу, він досить простий і надійний. Доступ з передньолатеральної торакалотомії дає можливість майже повного огляду та маніпуляцій на серці. При цьому серце розміщене практично під руками хірурга. Так, потрібне додаткове обладнання і відоскоп для огляду задньої ділянки серця, але ця проблема легко вирішується. Наявність подожжених маніпуляторів дає можливість формувати анастомоз у всіх ділянках. Деяко складніше, але без особливих проблем, здійснюється доступ до правої внутрішньої грудної артерії. Таким чином, можлива повна артеріальна реваскуляризація. І найголовніше — мінімальна травма. Немає тривалої нестабільності груднини та ризику формування хибного суглоба при незрощенні. І, ясна річ, — хороший косметичний ефект, а як наслідок — короткий термін перебування у клініці та незначний період реабілітації.

— *Коли проведено першу операцію, і як довго Ви опанували цей метод? І чи є він недосяжним для інших?*

Головний мотивуючий стимул для використання цього методу — отримати зіставні функціональні результати повної реваскуляризації міокарда при зменшенні операційної травми та скороченні реабілітаційного періоду. Основною перевагою впровадженої методики є відсутність розрізу грудної кістки (груднини). Операція без розрізу груднини краще переноситься пацієнтами та зменшується період післяопераційної реабілітації. Вчені називають цю технологію «операція багатосудинного міні-інвазивного коронарного шунтування в умовах передньолатеральної міні-торакалотомії». Маючи певний досвід міні-інвазивних втручань, метод може опанувати будь-хто. На сьогодні проведено шість оперативних втручань із повного відновлення кровотоку уражених судин.

— *Наскільки метод поширений в Україні, і чи це хтось, крім Вас, виконує такі втручання, і як це може вплинути на імідж клініки «Добробут»?*

Керівник Центру кардіохірургічної допомоги медичної мережі «Добробут» О. Бабляк: «У світі міні-інвазивне багатосудинне коронарне шунтування практично не проводиться. Перешкодами до його використання стали висока технічна складність раніше розроблених методик, тривалий час операції та можливість його застосування тільки при сприятливій анатомії уражених коронарних судин. В Україні також таких оперативних втручань не проводять, і це є пріоритетним надбанням клініки».

Як уточнив директор мережі «Добробут» О. Калашніков, це суттєво не вплинуло на імідж досить знаного закладу, проте дало поштовх для подальшого його розвитку. А відповідати високому рівню технологічного прогресу і бути у світовому тренді новітніх технологій неможливо без кардіохірургії. Тому точка зору директора мережі збігається з поглядами О. Бабляка. Для повноцінного функціонування кардіохірургічного закладу ми плануємо у наступному році розбудувати повноцінний кардіоцентр, де будуть представлені всі ланки високотехнологічної кардіохірургічної галузі. О. Калашніков вважає, що так буде.

— *Чи можна опанувати цей метод, і чи не плануєте ви його поширювати? Скільки коштуватиме така операція для пересічного мешканця України?*

У клініці не мають наміру стати монополістом щодо використання нової технології міні-інвазивного коронарного шунтування. Генеральний директор мережі «Добробут» О. Калашніков запевнив, що кардіохірурги центру готові ділитися новою методикою та на базі «Добробуту» безкоштовно навчати всіх бажаючих лікарів цьому методу. За його словами, це робитиметься для покращення розвитку кардіохірургії в Україні. Як підкреслив директор, вартість оперативного лікування для кожного пацієнта становитиме приблизно 120–140 тис. грн. Зокрема, сама операція обійдеться в суму близько 80 тис. грн., а додаткові витрати на медикаменти і ранню реабілітацію становитимуть приблизно 40–60 тис. грн. У відкритих джерелах інформації про вартість оперативного втручання такого рівня за кордоном не наводять, проте вона не може становити менше 10–30 тис. євро (що значно дорожче запропонованої ціни «Добробуту»!).

— *Враховуючи, що Ви є законодавцями «моди на метод», і ціна приваблива, чи не плануєте залучати до оперативного лікування пацієнтів, які є іноземними громадянами?*

Проблем із залученням у нас немає. Ми не проти. Усі питання до керівництва. Ми готові відгукнутися на будь-яку пропозицію і прийняти всіх бажаючих.

— *Насамкінець, чи є нагальна потреба у косметичному аспекті, коли мова йде про життя?*

Думаю, що питання косметичного ефекту операції тут окреслилося само по собі. Проте хіба погано, коли післяопераційний шрам прихований, а його довжина не більша за поперечник долоні. Багато жінок та й чоловіків теж, думаю, зі мною погодяться. І ще, під шкірою не залишається на все життя металевого дроту, яким ми традиційно з'єднуємо частини грудної кістки. Так що питання косметики, вважаю, не зайве.

Якщо запитань більше немає, дозволяйте всім подякувати, побажати міцного здоров'я, а якщо трапиться біда, ми завжди готові прийти вам на допомогу.

Олександр Осадчий,
фото Сергія Бека