

## ОСОБИСТОСТІ



### Профессор Юрий Паничкин: героический марафон в эндоваскулярной хирургии К 80-летию украинского первопроходца в новой сфере интервенционной медицины

*Это было, казалось бы, совсем недавно. В начале шестидесятых выпускник Минского медицинского института Юрий Паничкин оказался в Киеве, начав работать хирургом в районной больнице. Практика была успешной, но в Киеве уже много говорили о новшествах Николая Амосова. И в один из дней 1961 года Юрий Паничкин явился к Амосову с просьбой принять его в свою команду.*

— Пришел я в клинику, в старый корпус, без каких-либо рекомендательных писем и звонков, имея всего лишь год хирургического стажа. Вошел в амосовский кабинет и сказал о своем желании, — вспоминает Юрий Владимирович. — Окинув меня взглядом, Николай Михайлович задал три вопроса:

- Сколько Вам лет?
- Двадцать четыре.
- Ого, таких у нас еще не было... Как окончил институт и есть ли печатные работы?
- Хорошо, одна...
- Гм... Не густо! Как дела с иностранным языком?
- Поступил на курсы.

— Работа у нас тяжелая. Смотри, не брось! Мы берем тебя, только знай, что у нас существует джентльменское соглашение, по которому, если мы тебе или ты нам не подходишь, то расстаемся без всяких жалоб и сожалений.

— Отчетливо помню свой первый рабочий день, — продолжает Юрий Владимирович. — Иду по коридору, ко мне подходит медсестра и спрашивает: «Вы новый доктор?» — «Да». — «Идите мыться на операцию...» Итак, в первые же часы моего пребывания в клинике, я стоял вторым ассистентом на операции с аппаратом искусственного кровообращения у самого Амосова. В течение всей операции он не сделал мне ни одного замечания. Зато уже через две недели, когда меня снова поставили с Амосовым и я не смог левой рукой снять зажим с перикарда, последовало: «Еще раз увижу — выгоню!». Пришлось тренироваться по снятию и накладыванию инструментов из неудобных положений. При всей своей строгости Николай Михайлович имел обыкновение подшучивать,

подтрунивать над окружающими — не зло и чаще любя. Правда, мог и извиниться, если считал, что оскорбил или обидел кого-то незаслуженно. Подойдет, похлопает по плечу, обаятельно улыбнется и скажет: «Ну, хватит». При этом он всегда ценил в людях инициативу и отдачу в работе.

Мне кажется, что я был одним из любимых его учеников, хотя порой мне доставалось не меньше других... Дважды я писал заявление... по собственному желанию. Помню такой случай. Идем вечером вниз с нашей Байковой горы... Николай Михайлович, очевидно, заведенный еще с утра, за что-то меня распекал, а я набрался наглости и говорю ему: «Вот если бы Вы хоть один раз из десяти взяли бы да похвалили, а то руки опускаются, работать не хочется...» На что он мне отвечает: «Они у тебя и не поднимались». В это время я уже заведовал лабораторией внутрисердечной диагностики, был самостоятельной фигурой.

Наряду с большой требовательностью к работе Николай Михайлович обладал и чувством глубокой заботы о подчиненных. В начале моей деятельности при зондировании сердца умерла 16-летняя девушка с тяжелым, неоперабельным и по сей день пороком сердца. Родители девушки, узнав, что обследование делал молодой врач, обратились в прокуратуру. Оттуда последовал запрос, и, разбирая эту жалобу на пятиминутке, Николай Михайлович произнес: «Сам напортачил — сам и отвечай». Как оказалось, моей непосредственной вины там не было (грубая анестезиологическая ошибка), но случилось это во время зондирования, а значит, ответственен хирург. Написал я обстоятельный ответ на двух листах. После своей операции шеф пришел и, прочтя ответ, молча подписал: «Согласен. Амосов». А у меня как тяжесть с плеч свалилась...

— *Можно даже сказать, что это была школа мудрости и любви к человеку. Но как развивалась ваша траектория дальше?*

— Участием в операциях и хлопотливыми буднями по выхаживанию послеоперационных больных, так как Николай Михайлович поручил мне заведовать реанимационным постом оперированных по закрытым методикам. Одновременно мне вменялось в обязанность освоение методов внутрисердечной диагностики пороков сердца для выявления причин наших хирургических неудач. С этой целью меня направили на стажировку в Ленинград, в хирургическую клинику Военно-медицинской академии, и в Москву, в Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. Там моим наставником, а затем и другом стал заведующий лабораторией рентгенохирургической диагностики профессор Ю. С. Петросян.

В течение долгого периода между началом пути и защитой докторской диссертации в 1984 году моя работа шла между чисто хирургическим ростом в качестве кардиохирурга и освоением и продвиже-

нием эндоваскулярных внутрисердечных методик, включая коронарографию. В то время институт двигался по пути внедрения технологий аортокоронарного шунтирования (под руководством Г. В. Кнышова). Диапазон рентгенэндоваскулярных исследований неуклонно расширялся. Моментом истины стало выполнение мною чрескожной баллонной вальвулопластики суженного устья легочной артерии у одного из наших пациентов...

— *Это было первое в Советском Союзе вмешательство такого рода. Что побудило к такому весьма рискованному шагу?*

— На рентгенологическом конгрессе в Таллинне, попав туда случайно, я услышал об удивительном прецеденте — транскатетерном баллонном расширении стенозированного клапанного отверстия при врожденном пороке сердца — и загорелся этой идеей, тем более что дела в хирургии клапанных стенозов у детей в то время шли неважно. Выпросил у фирмачей баллон-катетер, почитал литературу и решил попробовать эту методику. Клинический эксперимент удался! Однако, когда я продемонстрировал Амосову свои результаты на мониторе, он вначале посуровел: «Кто разрешил?», взглядевшись, резюмировал: «Молодец! Лиха беда начало». Энциклопедические знания и глубокая интуиция позволили ему предвидеть широкое будущее транскатетерного направления в лечении врожденных пороков сердца. К 1985 году аортографию, вентрикулографию, транссептальную пункцию левого предсердия и другие манипуляции в нашем отделении выполняли уже как рутинные диагностические исследования, а баллонная вальвулопластика, о которой я упомянул, оказалась широко востребованной, больные с врожденными пороками сердца приезжали в институт со всей страны. В течение года мы выполнили около 100 таких вмешательств. Только теперь, оглядываясь назад, я начинаю понимать всю сложность и ответственность первых операций, степень риска и собственных переживаний.

— *За годы вашей работы в качестве заведующего отделением рентгенохирургической диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов внедрен целый спектр инновационных технологий, нередко и на уровне мировой новизны. Было бы целесообразно привести такие параллели...*

— Что же, это будет рассказ о нашем отделении. Баллонную вальвулопластику легочного стеноза впервые предложил и выполнил Кан в 1982-м, у нас это произошло в 1984 году. Транскатетерное устранение врожденного аортального стеноза, а затем и коарктации аорты выполнили Локк и Лабабиди — в 1983-м, а мы — в 1989-м. В этом же году мы применили баллонную вальвулопластику и при стенозе митрального клапана. Она давала неплохие результаты даже у больных с IV—V стадией заболевания. Использование окклюдеров, или «сердечных пробок», для закрытия дефектов перегородок

сердца и открытого артериального протока стартовало в Европе в конце девяностых годов, в нашем институте впервые в Украине их начали применять с 2003 года. Как выглядит вмешательство? Окклюдер — это двойная внутрисердечная заплата из тонкой металлической сетки в виде последовательно раскрывающихся миниатюрных «зонтиков» при их подведении к зафиксированному на экране дефекту. Операцию проводят без разреза грудной клетки и сердца. В отделении уже выполнено около 500 таких транскатетерных операций у пациентов в возрасте от 5 до 50 лет. Это, несомненно, перспективное направление в детской кардиохирургии, жаль только, стоимость окклюдеров не позволяет широко использовать их в Украине. С 2008 года в институте выполнено 108 операций стентирования при коарктации аорты. В настоящее время эндопротезирование перешейка аорты является достаточно безопасной и эффективной методикой и в большинстве случаев заменяет хирургическое лечение. Добавлю, что все эти вертикали на протяжении 20 лет пролагались и пролагаются по настоящее время коллективом всего отделения. Спиртовая абляция при гипертрофической кардиомиопатии (С. М. Фанта), эндопротезирование при аневризмах аорты (И. А. Дитковский, Б. В. Черпак, В. И. Кравченко), чрескожное протезирование аортального клапана (Е. В. Аксенов, В. С. Берестовенко), разработка эндоваскулярных методов защиты сердечной мышцы при остром инфаркте миокарда (С. В. Сало, А. Ю. Гаврилишин) — вот инновации последних лет. Говоря об аневризме аорты, укажу на прогресс «гибридных операций» с объединением усилий сердечно-сосудистых хирургов и специалистов эндоваскулярного профиля.

— В своем докладе на научно-практической конференции «Эндоваскулярная хирургия в кардиологии вчера, сегодня, завтра» Вы продемонстрировали героическую историю и стремительный рост транскатетерных вмешательств в мировой кардиологии. А как обстоят дела с украинскими позицией?

— Появление интервенционного направления в медицине связано с именами В. Форссмана, А. Курнана, Д. Рихардса, Ч. Доттера, А. Грюнцига и многих других. Лауреат Нобелевской премии А. Курнан в своей речи по поводу ее присуждения произнес историческую фразу: «Сердечный катетер оказался тем самым ключом в замке, который открыл „бескровную кардиохирургию“».

В конце 1960-х катетеризацию полостей сердца и ангиографию применяли в институте уже в качестве стандартной процедуры, и для целого поколения они оставались единственным достоверным методом диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца. В то время мало кто мог представить себе, что подобным образом можно не только проводить диагностику заболевания, но и выполнять какие-либо лечебные вмешательства.

Начало было положено Ч. Доттером и М. Джадкинсом в 1970-х, которые впервые применили транскатетерный метод для лечения поражений периферических артерий. Используемая ими транслюминальная ангиопластика стала основой целого направления в медицине. Однако в силу своей специфики наш институт подключился к этому начинанию только в середине 80-х годов, когда мы начали проводить баллонные ангио- и вальвулопластики при коарктации, легочном, аортальном и митральном клапанных стенозах сердца. Особенно эффективны они были у новорожденных и детей младшего возраста с критическими врожденными пороками сердца.

Девяностые годы прошлого столетия и первое десятилетие XXI века стали переломными в развитии эндоваскулярной хирургии в нашем институте. Сейчас мы широко используем ее методики для устранения врожденных клапанных стенозов, закрытия дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок сердца и открытого артериального протока, эндопротезирования аорты и другой внутрисердечной патологии. Но самым значительным достижением последних двух десятилетий я считаю прогресс в лечении ишемической болезни сердца. Стентирование коронарных артерий в Украине впервые провели в 1996 году сотрудники нашего отделения В. С. Берестовенко и С. Н. Фуркало. Всего за период с 1996 по 2016 год в Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н. М. Амосова выполнено более 7500 эндопротезирований коронарных артерий, а общее количество имплантированных стентов составило около 12000. Развитию направления способствовало внедрение в клиническую практику института стентов второго и третьего поколений, низкопрофильных проводников, баллонов-катетеров, а также применение современных методов диагностики — внутрикоронарного ультразвукового исследования (2004 г.) и определения фракционного коронарного резерва (2007 г.). С 2002 года внедрен трансрадиальный доступ как для коронарографии, так и для стентирования. Рутинными стали чрескожные коронарные методики при лечении стенозов ствола левой коронарной артерии, бифуркационных поражений и хронических коронарных окклюзий. Диапазон внутрисердечных операций в институте постоянно расширяется, на данный момент мы выполняем все основные виды эндоваскулярных операций, и новшества нет предела.

Не так давно в институт поступила молодая беременная женщина с коарктацией аорты, артериальной гипертензией и врожденным дефектом межпредсердной перегородки. Было принято решение об одновременной эндоваскулярной коррекции коарктации аорты и закрытия дефекта перегородки. Общее время вмешательства составило 2 часа. Через три дня пациентка была выписана.

на. Таким образом, удалось избежать двух открытых хирургических вмешательств. По нашему мнению, такое лечение сочетанных пороков сердца можно проводить и на фоне беременности. Недалом в институте развивается принципиально новое направление — акушерская кардиохирургия.

В целом же за последние двадцать лет в отделении выполнено более 12 тысяч эндоваскулярных клапанных и сосудистых реконструкций, из них порядка 6000 при моем непосредственном участии... Сейчас в отделении работают 10 высококлассных эндоваскулярных специалистов — моих учеников. За это же время сменилось семь поколений электронно-рентгеновской аппаратуры. Завтрашний день, в сущности, стал сегодняшним.

*Мы едем с главным научным сотрудником отделения рентгенохирургической диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов, заслуженным деятелем науки и техники Украины, лауреатом Государственной премии Украины, профессором Юрием Владимировичем Паничкиным по пустынным в зимний субботний день дорогам института на Байковой горе. Как всегда, он легко и искусно ведет машину, и это в чем-то напоминает его блестящее владение «внутрисердечной механикой» в помощь больным сердцам.*

*Обращаемся к последней теме в нашем диалоге — разработке и экспериментальному исследованию нового украинского окклюдера.*

– *Что заставило Вас заняться этой проблемой?*

– Прежде всего, это дороговизна закупаемых за рубежом эндоваскулярных устройств, которые наши пациенты вынуждены оплачивать сами. Простота, эффективность и быстрое выполнение интервенционных вмешательств делает их приоритетными перед классической хирургией. При этом существует конкуренция, хотя и здоровая, между хирургами и «агрессивными кардиологами», которая, к сожалению, не всегда в пользу больного. Поэтому мы задались целью создать собственный отечественный окклюдер, который был бы не хуже импортного, а по цене значительно ниже последнего. По данным серийных испытаний на животных, спиральные окклюдеры для закрытия артериального протока, изготовленные на основе β-циркониевого сплава (разработка Института металлофизики им. Г.В. Курдюмова НАН Украины), показали возможность имплантации их в организм свиней. Новый отечественный окклюдер хорошо приживается в живом организме и, на мой взгляд, вполне перспективен. Результаты эксперимента открывают путь к украинским, экономически доступным окклюдерам.

*Юрий Паничкин и эндоваскулярная медицина. Без преувеличения, это грандиозное восхождение. Многолетнее рыцарство без нимба славы, хотя новатор достоин ее. Помедли, помедли, вечерний день!*

**Беседовал Юрий Виленский**