

НОВЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ НА ВМА

Тим лекара са више клиника Војномедицинске академије недавно је извео јединствен захват у нашој земљи – замену аортног залиска без отварања грудног коша такозваном TAVI методом. Двојица пацијената које су оперисали интервентни кардиолози доц. др Радослав Романовић и асистент др Немања Ђенић успешно су се опоравили и отпуштени су кућама.

Вест да је на Војномедицинској академији први пут у нашој земљи урађена замена аортног залиска без отварања грудног коша – такозваном TAVI (Transcatheter Aortic Valve Insertion) методом – побудила је пажњу јавности. Захват је извео мултидисциплинарни тим са ВМА, који су чинили лекари клиника за ургентну интерну медицину, кардиологију, кардиохирургију, васкуларну и ендоваскуларну хирургију и анестезиологију. Тог дана, кад су заредом урађене две интервенције, у сали су били интервентни кардиолози доц. др Радослав Романовић и асистент др Немања Ђенић, анестезиолог доц. др Војислава Нешковић, две инструментарке и рендген техничар. Супервизор је био проф. др Матјаж Бунц из Клиничког центра Љубљана.

Двојица пацијената, старости 82 и 77 година, успешно су се опоравили, отпуштени су кућама, а резултати прве контроле били су одлични. Детаљније о том захвату сазнали смо од асистента др Немање Ђенића.

Минимална инвазивна хирургија

– Процедура се ради у општој анестезији, тако што се у препонску артерију ставе одређени уводници, а онда се кроз њих практично до срца посебном техником позиционирања доводи систем који се зове валвула, односно аортни залистак. Нема никаквог контакта са грудним кошом и пацијенту по интервенцији остаје само мали рез на препонској артерији. Цела процедура може да траје релативно кратко, од пола сата до четрдесет минута, зависно од анатомије и стања пацијента. Иначе, буквално одмах након интервенције пацијент се буди и сутрадан најчешће може да хода, а после пар дана отпуштамо га кући. Једини разлог зашто га задржавамо јесте рез на самој феморалној артерији, на препони, где уводимо валвулу, јер чекамо да видимо да ли ће коректно зарастати – истиче др Ђенић и подсећа да се на тај начин вишеструко смањује време болничког лечења и опоравка пацијента него кад се уграђују механички залисци.

Описујући методу др Ђенић каже да постоје строги алгоритми по којима се интервенција ради. Пре захвата пацијент се мора припремити и одредити који је тип, односно која му је величина залиска неопходна. Зато се најпре ураде скенерски и ултразвучни прегледи. Након тога



ЗАМЕНА БЕЗ ОТВАРА КОША

одлучује се да ли је пацијент уопште подобан за нову методу. Залистак је апсолутно од биолошког материјала, који организам не одбацује, па пацијенти не морају доживотно да узимају лекове против згрушавања крви, као када се уграђују вештачки залисци.

Ова метода се у Европи примењује дуже од пет година и врло је утемељена техника. Препоруке Европског удружења кардиолога указују да је то једна од прихваћених метода лечења, да су добра искуства, а то потврђују и клиничке студије. У развијеним земљама годишње се уради више хиљада таквих процедура, а у Немачкој чак око 9.000. Стандардно се примењује код пацијента старијих од 65 година, код којих је оперативни ризик врло или средње висок. Доктор Ђенић каже да време ради за ту методу, као и за све остале мање инвазивне.

Наши лекари су се одлучили за примену те методе из два основна разлога. Један је чињеница да је у нашој земљи велики број пацијената који се не могу оперисати,

ОБУКА

Тим који је имплантирао аортни залистак без отварања грудног коша морао је пре захвата да прође дугу и обимну обуку. Обука је највећим делом реализована у Швајцарској, у центру где се валвуле раде, производе и где су имали тренинге на тзв. роботима. Када су прошли одређени број тренинга заједно са инструкторима и тестирања на крају, тек онда су добили сертификат да могу да раде тај захват.



ЗАЛИСКА ЊА ГРУДНОГ

а којима је неопходно променити аортни залистак како би им се продужио живот, а други разлог је жеља лекара да буду у корак са светом.

Потрошни вентил на срцу

Нашег саговорника запитали смо услед чега се запуши аортни залистак?

– Аорта је највећи и најважнији крвни суд у организму, а на самом њеном почетку налази се залистак кроз који срце упумпава крв у цео организам и он је врло оптерећен, јер срце преко њега испумпа пет литара крви у минути. Најчешћи разлог за настанак здравствених проблема јесу дегенеративне промене које иду просто са годинама живота, у смислу нагомилавања калцијума, артеросклерозе и пропадања природног залиска. То је неминовност и ми ретко срећемо пацијенте који немају дегенеративне промене у доби од 65 година и више. Осим тога, на убрзано пропадање аортног залиска утичу и сви они класични фактори ризика које ми кардиолози врло често помињемо, попут хипертензије, повећане вредности холестерола у крви, физичког оптерећења и слично. Код неких људи то долази до изражаја раније, а код неких касније. У нашој популацији људи од око 70 година



Др Немања Ћенић

често имају индикацију за замену аортног залиска – објашњава др Ћенић.

А како се зна када је време за замену аортног залиска? Наш саговорник каже врло једноставно. Кад кардиолог на кардиолошком прегледу послуша срце и чује шум који личи на аортну стенозу, ураде се ЕКГ и ултразвук срца, и они недвосмислено потврђују дијагнозу.

– Могу да кажем да је то прилично безбедна метода и да су проценти компликација врло мали. Трудимо се да процедурално радимо према свим правилима струке. Нисмо имали компликације код првих процедура, а надамо се да ће тако и остати – каже др Ћенић.

Перспектива

Данас се у свету интензивно ради на усавршавању залистака и наш саговорник се нада да ће већ следећа генерација омогућити још лакши начин имплантације, са комфорнијим приступима.

– Ове минималне инвазивне методе узимају примат, не само када је реч о аортном залиску, него и код других. Као што су својевремено коронарографија и стентови у великој мери заменили кардиохирургију код оних пацијената код којих је то било могуће, мислим да ће ова минимална инвазивна метода апсолутно имати примат у будућности – истиче наш саговорник.

Према речима нашег интервентног хирурга, то ће се десити чак иако је у старту сама процедура нешто

скупља од класичне кардиохируршке, јер ће бити апсолутно дугорочно исплатива ако се упореди са могућим компликацијама класичне хирургије, са дужим лежањем у болници, дугорочним узимањем лекова и контролама тих пацијената.

– Ми се надамо да ћемо одржати континуитет у раду те методе јер су потребе наше популације велике. Према нашим проценама, имали бисмо око 500 пацијената годишње. То не можемо сами да урадимо и наша је жеља да ми на ВМА и наше колеге у велики центрима у Србији почнемо рутински да је радимо, јер је то у интересу грађана. Наравно, одређени материјални и други моменти су лимитирајући, а то је нешто с чим увек морате да рачунате – каже асистент др Немања Ћенић.

Према његовим речима, процедура је регистрована у листингу РФЗО-а и здравствени фондови је покривају, а да ли ће и у ком броју бити примењивана, показаће време. У нашем непосредном окружењу она се увелико ради. Само се у двомилионској Словенији уради минимум 150 интервенција годишње, а од тог броја проф. др Матјаж Бунц, који је био супервизор колегама с ВМА, уради око 100. ■

Мира ШВЕДИЋ
Фотодокументација ВМА