

ОБСУЖДЕНИЕ ДОКЛАДА

Ведет Учёный совет академик РАМН В. П. Подзолков

В. П. Подзолков: Переходим к обсуждению доклада.

Какие будут вопросы по докладу директора Центра — Л. А. Бокерия?

Академик РАМН Ю. И. Бузиашвили

Как мне кажется, кардиолог должен выполнять многие функции, в том числе проводить чреспищеводную эхокардиографию, этим мы стремимся к обеспечению нашего Центра кардиологами мирового класса. Я не считаю, что на этом надо останавливаться, кардиолог должен поступившего больного провести по всем неинвазивным и, если необходимо, — инвазивным исследованиям и передать в руки более опытному рентгенохирургу или кардиохирургу. Это будет правильная постановка вопроса. У нас такой опыт есть. Если это будет поддержано Вами, Лео Антонович, то это можно реализовать.

Профессор Г. В. Лобачева

Мы гордились совсем недавно, что наш Центр выполняет 3000 операций на открытом сердце, сейчас мы выполняем 4800. Скажите, пожалуйста, Вы видите перспективу развития, именно со стороны операций на открытом сердце, дальнейший рост, или мы достигли определённого уровня? Если нет, то что в настоящий момент, на Ваш взгляд, является тормозом к дальнейшему наращиванию темпа роста?

Академик РАМН Л. А. Бокерия

Отвечаю на вопрос Ю. И. Бузиашвили. Мы хотим иметь кардиолога, который все умеет, и поэтому мы пришли к схеме обучения специалистов, которая существует в Институте много лет. Молодой специалист должен понять, что мир безграничен. Но есть люди, которые не то чтобы сделать коронарографию, прочесть ее не могут. Простую ЭхоКГ не могут прочесть, ПЭТ вообще не знают, но они при этом проповедуют идею классической клинической медицины. Сегодня если молодой человек хочет состояться, он должен понимать, что мы от него хотим, чтобы он стал профессионалом. Жизнь

продолжается, и человек должен постоянно профессионально совершенствоваться.

Что касается перспективного развития нашего Центра, это очень серьезно, меня это очень беспокоит. Каким будет статус Центра? Каким бы он ни был — достаточного финансирования не будет. Сегодня все упирается в финансирование. Мы в эксклюзивном варианте заключили договор с одной зарубежной фирмой, которая устанавливает нам компьютерный томограф (256 срезов) для исследования миокардиального кровотока. Это пионерский проект. Каждые 3—4 года мы должны менять технику. Финансирование является ключевой темой. Мы должны делать больше операций, потому что у нас 7 операционных не задействованы, есть и резерв на Ленинском проспекте. Возможности большие, но не надо забывать, что здание старое, делалось этапно и есть реальные проблемы. Нам бы желательно иметь больше врачей и инженерного персонала, сестринского персонала, а для этого нужны деньги.

Выступления рецензентов

Выступление руководителя отделения рентгенохирургических методов исследования и лечения сердца и сосудов члена-корреспондента РАМН Б. Г. Алякяна

Коллеги, очередной год прошел, мы заслушали отчетный доклад Лео Антоновича о нашей деятельности за 2010 год. Институт проделал колоссальную работу в отчетном году. Год был не простой. Начиная с 1998 г. мы остались практически без оборудования, и в 2010 г. благодаря усилиям Лео Антоновича удалось заменить весь парк диагностического оборудования. Закупили оборудование для реанимации, операционных и многих других подразделений. Имея такое оборудование, мы должны более серьезное внимание уделять вопросам диагностики.

Я хотел бы показать несколько слайдов из доклада Лео Антоновича. В 2010 г. было проведено 11 476 оперативных вмешательств — это хирургические вмешательства, из них 6183 (54%) — эндоваскулярные процедуры, включая эндоваску-

лярные операции и операции при аритмиях. Аналогично представлены данные и по открытым операциям. Это серьезные цифры, которые сегодня украшают наш Центр.

В отношении шунтографии есть определенная несогласованность и недопонимание. В Институте кардиохирургии мы получили 30% проблемных шунтов, в Институте коронарной и сосудистой хирургии (ИКСХ) – 12%. На мой взгляд, не надо удивляться, задача была поставлена – улучшить качество хирургической деятельности. Мы проанализировали двухлетний материал, Институт коронарной и сосудистой хирургии начал исследование только сейчас и улучшил качество деятельности, то есть задача, которая была поставлена, реализована.

Проблема гибридной хирургии. Мы первые начали проводить гибридную хирургию в стране. За отчетный год в Центре было выполнено 34 операции, а всего – 117. Конечно, мы начали отставать, за последние 2 месяца были проведены две конференции по гибридной хирургии – в Ростове и в Кардиологическом комплексе. У нас есть огромный резерв. Тот материал, который мы представляем, касается новорожденных. Есть колоссальный потенциал по развитию гибридной хирургии, включающий проблемные пороки сердца, патологию сосудов, коронарную патологию.

Я полностью одобряю деятельность нашего Центра и хочу поздравить нас всех с этой большой победой и пожелать дальнейших успехов.

Выступление и. о. директора Института коронарной и сосудистой хирургии профессора И. И. Скопина

Я присоединяюсь к поздравлениям. Очень трудно подготовить такой доклад и невозможно, будучи рецензентом, остановиться на всех проблемах.

Наука. Такой колоссальный Центр, как наш, имеет приоритеты, которые представляют ценность не только для нашего государства, но и для всего мира. Это в первую очередь аритмология, вопросы детской кардиохирургии, клеточные технологии, ТМЛР – опыт в этих разделах кардиохирургии у нас в Центре фактически крупнейший в мире.

Недостатки: при международном признании нашего Центра у нас крайне

мало публикаций в иностранной печати. Это положение надо в ближайшее время преодолеть. Необходимо публиковать статьи в зарубежных журналах. Кроме того, у нас практически нет рандомизированных научных исследований. Все знают, что эти исследования являются основой для главных выводов.

Лечебная работа. В Центре выполнено больше операций, чем в предыдущие годы, в том числе с ИК. Если суммировать с филиалом в Перми, то это громадная цифра – самое большое количество операций с ИК в мире, что требует большого напряжения.

Недостатки: снижение количества операций и высокий уровень госпитальной летальности в некоторых подразделениях. Например, при хирургии приобретенных пороков сердца значительно выросла летальность. Объяснение этому находят в том, что в Центр поступают крайне тяжелые больные, но кроме этой причины имеются и хирургические ошибки, а также недостатки со стороны анестезиологического и реаниматологического обеспечения. Разработка стандартов ведения – это сейчас крайне необходимо.

Большое количество центров, в том числе и федеральных, которые начали работать, будут забирать так называемых легких больных. Очень важен дифференцированный подход к крайне тяжелым больным. Из-за желания увеличить количество операций этих больных оперируют без всякой перспективы.

Особое значение приобретает работа поликлинических подразделений Центра, очень четко должны работать выездные бригады. В основном районом их деятельности будет Центральный административный округ. Однако тенденции, которые были раньше в отношении того, чтобы не направлять больных в наш Центр, остаются и сейчас.

Организация функционирования автоматической истории болезни у нас на очень хорошем уровне. Большое внимание уделяется этому со стороны лаборатории качества, и это дисциплинирует лечащих врачей. Необходимо и в дальнейшем фиксировать внимание лечащих врачей на этом аспекте деятельности.

В этом году произошло знаменательное событие – завершен капитальный ре-

монт здания Института коронарной и сосудистой хирургии. Задачи, которые поставлены перед коллективом, это, во-первых, дисциплина и, во-вторых, — увеличение количества операций при снижении госпитальной летальности, а также разработка многих аспектов научной работы.

Я хотел бы от лица сотрудников Института коронарной и сосудистой хирургии поблагодарить Лео Антоновича и коллектив Института кардиохирургии им. В. И. Бураковского за условия, которые они создали для сотрудников ИКСХ во время ремонта здания на Ленинском проспекте.

Результаты оперативной деятельности ИКСХ за 1,5 месяца этого года хорошие. Не все пока получается, но перспективы вырисовываются, и есть надежда, что коллектив справится и с большим объемом операций.

Выступление руководителя отделения хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией профессора С. В. Горбачевского

Уважаемые коллеги! Представленный доклад огромный и всеобъемлющий. Парадокс — операций получается больше, если сложить все по отделениям. Выяснилась банальная вещь: до сих пор отделения хирургии детей от 1 до 3 лет считают за операцию остеосинтез грудины, трахеостому и т. д. Может быть, поэтому в отделениях хирургии ВПС у детей до 1 года и легочной гипертензии летальность чуть больше, чем в отделениях хирургии ВПС у детей старше 1 года. Необходимо прийти к одному знаменателю и учитывать только те операции, которые входят в категорию высокотехнологичной медицинской помощи. Несколько слов по каждому отделению.

Общее количество операций увеличилось практически в каждом отделении хирургии детей до 1 года. Это очень хороший показатель, и наш Институт находится далеко впереди в решении этой проблемы, несмотря на открытие новых центров. В этом я увидел положительный момент.

Негатив: сохраняется высокая летальность у новорожденных, каждый 3-й ребенок умирает, что обусловлено исходной

тяжестью их состояния. Основным момент, который позволит уменьшить госпитальную летальность, как мне кажется, некая концентрация по нозологиям в трех отделениях детей до года. В каждом отделении имеется огромный полиморфизм нозологий, и они занимаются одним и тем же. Стандартного подхода к этому быть не должно. Если бы была централизация отделений по нозологиям, результаты были бы более стандартные.

Огромный успех в плане прироста операций и уменьшения летальности отмечен в отделении реконструктивной хирургии новорожденных, но контингент детей здесь существенно легче.

В отношении двух отделений хирургии детей раннего возраста — здесь стабильный показатель летальности. Это ключевые отделения. В отделении неотложной хирургии детей раннего возраста прогресс колоссальный, выполнено огромное количество операций.

В отделении легочной гипертензии — проведено наименьшее количество операций в условиях ИК среди всех отделений ВПС. Следует отметить, что основная нозология в прошедшем году — это крайне тяжелые больные с единственным желудочком сердца и патологией атрио-вентрикулярного канала, отсюда и высокая хирургическая летальность.

Общие проблемы лечения ВПС. Кардиологи, терапевты и педиатры на местах не всегда знают о необходимости операции, когда нужна повторная операция или нужна ли она вообще. Здесь предстоит большая работа. Много взрослых больных, у которых есть или был ВПС, но сохраняются проблемы, и многое другое.

Эндоваскулярная хирургия ВПС. Летальность у новорожденных и здесь высокая — 4,3%, осложнения в 8,6% случаев. Могу предположить, что основная причина — это исходная тяжесть состояния детей. Крайне важно адекватно готовить ребенка к исследованию со стороны отделений, в том числе и экстренных детей, в рентгенооперационной должно быть все необходимое оборудование, тогда мы улучшим результат.

Узкие проблемы. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО): необходимы точные показания для перевода на ЭКМО и в реанимацию.

Внутрибольничная инфекция. Как только появляется посев (клипсиделла и др.), больного надо в срочном порядке переводить из реанимации в отделение. Это не означает, что отделение должно само этим заниматься. Врачи из реанимации должны принимать активное участие в выхаживании этого больного в отделении, что должно дать большой эффект.

Анестезиология. Ни в одной из наших специальностей не вижу такого колоссального скачка от человека, помогающего анестезиологу (второго анестезиолога), до квалифицированного специалиста. Виден отчетливый интерес к развитию этой специальности среди врачей-анестезиологов. В последнее время в мировой практике в кардиоанестезиологии находит применение метод бис-мониторинга адекватности ведения наркоза. Во многих центрах этот метод внедрен. Для чего он нужен? Чтобы в условиях глубокого наркоза активизировать и экстубировать больных. На мой взгляд, для больных с низким сердечным выбросом или с остаточной легочной гипертензией это было бы решением многих проблем.

По аномалии Эбштейна я не встретил никаких фундаментальных исследований, за исключением короткого сообщения о клеточных технологиях. На мой взгляд, сочетание клеточной технологии и хирургического подхода — это абсолютно приоритетное направление в мире.

Выступление руководителя лаборатории трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации миокарда профессора И. И. Беришвили

Коллеги, я буду краток. Хочу сказать, что доклад уникален. Много новых данных, полученных в 2010 г. Я хочу поздравить Лео Антоновича с докладом. Славу нашему Центру создают приоритеты. По поводу лаборатории ТМЛР. По необъяснимым причинам в лаборатории сложились обстоятельства, когда очень трудно стало работать, необходимо принять меры по восстановлению ее дееспособности.

Заключительное слово директора НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН академика РАМН Л. А. Бокерия

У операционного стола легче простоять, чем здесь. Я искренне благодарю рецензентов за очень внимательное отно-

шение к отчету. Это наша большая работа. В этом году по инициативе Ученой части мы немного изменили структуру. Мы решили представить проблемы не по отделениям, а по направлениям, и наши рецензенты очень серьезно отнеслись к порученной работе.

Конкретно, что я хотел сказать. Мы — страна, где привыкли жить лозунгами и временными интервалами. Баграт Гегамович тоже сказал, что мы сделали потрясающую работу в отношении шунтографии. Мы очень часто думаем, что мы сделали, и все. Я прошу, поручаю Вам (Алексяну Б. Г.) и Николаю Автандиловичу проверить, почему такая большая разница в результатах — в 3 раза. Если отменяется шунтография, то только с моего разрешения, так как это крайне важно для больного.

У С. Г. Суханова не такие условия, как у нас, но я уверен, что он скажет, что надо постоянно работать с кардиологами. Кто нам мешает непрерывно проводить конференции, например, в год 10 курсов лекций по проблемам брахиоцефальных сосудов, и я уверяю, что к 2012 г. кардиологи будут проситься сами на эти курсы. Сделайте и здесь, и на Ленинском проспекте, чтобы можно было и кино показывать, и операцию, и больных продемонстрировать. Это касается не только брахиоцефальных сосудов, хотя мы очень заинтересованы в этой проблеме. Это проблема, которая проплачивается Минздравом. Вы, Баграт Гегамович, прореагируйте на это.

Мы должны работать с кардиологами Москвы и кардинально изменить их отношение к проблеме.

Много вопросов поставил Иван Иванович. Мало публикаций за рубежом. Здесь две проблемы: одна — люди не знают языка. То, что нам надо публиковаться за рубежом, это абсолютно верно. Надо, чтобы был четкий перевод и интересный случай. Им интересно из России опубликовать статью. Нам надо создать группу, которая бы работала над этим вопросом. У нас есть в Америке наш сотрудник Заец, который наши работы редактирует, благодаря ему знают работы В. П. Подзолкова и И. А. Юрлова. Михаил Борисович, об этом надо подумать. Надо организовать Елену Богатыренко,

если она согласится. Можно начать с опубликования случаев. Это очень актуально.

Высокая летальность при приобретенных пороках сердца. Я с Вами абсолютно согласен в отношении того, что что-то надо менять. На эти вещи нельзя смотреть так, как будто ничего не происходит. Стандарты — это когда прописано для конкретного хирурга. Мы не можем добиться того, чтобы И. И. Скопин, Р. М. Муратов, Л. А. Бокерия и еще кто-то делали протезирование митрального клапана одинаково. Это невозможно. В клинике Мейо у каждого хирурга расписан свой стандарт, пределы кардиоopleгии и т. д. Они нужны для ваших ассистентов. Нам надо с этого начать. Этим тоже должны заниматься главные врачи.

То, что сказал Сергей Валерьевич относительно учета операций — вопрос очень серьезный. Надо попросить А. Ш. Караматова разобраться, почему такой разницей получается. Надо сделать все четко.

В отношении централизации операций — во всех трех отделениях это есть. У нас было отделение, которое возглавлял В. Н. Ильин и делал 120 операций с ИК. Было понятно, что так работа не продвигается. Реально есть операции, которые делаю пока только я, но это не принципиально.

Я согласен, что очень важно готовить ребенка к операции в двух аспектах, полную диагностику провести у ребенка, который идет на операцию. Надо внедрить методы, которые позволяют определить микроциркуляцию в отделении. Можно создать группу или лабораторию. Для этого не жалко денег. Здесь нужен стандарт. Если дадите предложение, Сергей Валерьевич, будем Вам очень благодарны.

Совершенно верно, что инфицированного больного нельзя держать в реанимации, его надо переводить в отделение. Даже после того как мы создадим отделение по выхаживанию больных — это кардиологические больные должны быть, а не инфицированные. Галина Васильевна должна была подготовить документ, надо

Вам обсудить это с Сергеем Валерьевичем, потом втроем соберемся и решим.

Теперь об аномалии Эбштейна. Пришла идея, что лучшая модель для применения клеточных технологий — аномалия Эбштейна. Теперь надо собирать материал, говорить, доказывать. Очень много противников клеточных методов, а на самом деле это очень эффективная вещь.

Я считаю, Михаил Борисович, что мы можем из особого уважения к Илье Иосифовичу записать в постановление пункт о проблеме с улучшением работы лаборатории ТМЛР.

Я не могу уйти с этой трибуны, не сказав о том, что меня беспокоит. Беспокоят меня некоторые моральные вещи, которые существуют. Я обращался к Ренату Муратовичу как председателю этического комитета. Я не хочу, чтобы после меня говорили, что я создал культ личности и т. д. Любое событие, которое происходит в Институте, особенно с негативным оттенком, через 5 минут попадает в средства массовой информации. Мне прямо сказали люди, которые занимаются прессой и отслеживают Центр по другим каналам. Есть люди, для которых это стало второй профессией, они сообщают эти сведения за деньги. Я никого не призываю что-то скрывать, но многие вещи интерпретируются в искаженном виде. Каждый из нас уважает кого-то больше, кого-то меньше, но свой дом должен быть вне каких-то сугубо личных интересов.

В целом, мы поработали хорошо, мы — мозоль на глазу у многих и ни от кого ничего не скрываем. Я сумел осилить эту гору слайдов, хотя у меня это отняло много времени, и мы сумели проанализировать очень важные результаты. У нас очень хорошие перспективы. Мы должны подумать о дополнительной реструктуризации. Мы должны привлечь источники, которые помогут нам вздохнуть и спокойно развиваться. Мы не хотим уходить из бюджетных организаций, но мы должны продумать возможность дополнительных вливаний, которые возможны в цивилизованных формах.

Спасибо за внимание.