

Кардиохирургия и интервенционная кардиология: проблемы и перспективы развития

20 января 2012 г. под эгидой Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов Украины в Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины состоялся ежегодный Съезд руководителей кардиохирургических центров Украины, на котором были подведены итоги работы кардиохирургической службы за 2011 г. и намечены перспективы ее развития на 2012 г.



Открыл съезд директор Национального института сердечно-сосудистой хирургии (НИССХ) им. Н.М. Амосова, академик НАМН Украины **Геннадий Кнышов**, выступив с докладом о деятельности института в 2011 г.

Он отметил, что кардиохирургия — одна из наиболее перспективных и быстро прогрессирующих отраслей науки и медицины. Она определяет уровень развития государства, ее интеграцию в мировую медицину. Сегодня невозможно себе представить лечение больных с врожденными и приобретенными пороками сердца, ишемической болезнью сердца или сложными нарушениями ритма без хирургического вмешательства. Сегодня, когда существуют современные радикальные методы лечения кардиохирургических больных, чрезвычайно важной является работа 24 кардиохирургических центров во всех регионах Украины, которые выполняют ежегодно более 17 тыс. операций.

Наиболее активными и прогрессивно развивающимися центрами являются НИССХ им. Н.М. Амосова, Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии, Киевский городской центр сердца, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (Донецк).

НИССХ им. Н.М. Амосова — главное кардиохирургическое учреждение страны, которое координирует работу всех региональных центров. В настоящее время в Институте работают более 1000 сотрудников, Институт имеет IV уровень аккредитации, зарегистрирован в Европе (Бельгия, Брюссель) и в США (Бетесда), что дает возможность получать гранты под выполнение научных разработок.

В течение 2011 г. в консультативной поликлинике Института проконсультировано 31 194 человека, из них по Киеву — 7493. Всего по Украине проведено 17 997 операций, из них в Институте — 4862, летальность составила 1,3%. Отмечено, что ежегодная потребность в операциях на сердце по Украине составляет

35 тыс., таким образом в 2011 г. она была удовлетворена всего лишь на 51,4%.

Служба экстренных операций НИССХ им. Н.М. Амосова до сих пор официально не существует, однако ее работа является крайне необходимой. В 2011 г. по экстренным показаниям выполнено 920 операций (18,9% общего количества), из них 133 — критические врожденные пороки сердца (критические стенозы клапанов аорты и легочной артерии, критическая коарктация аорты или перерыв дуги аорты, процедура Рашкинда), 111 — расслаивающиеся аневризмы аорты, 115 — острый коронарный синдром, 98 — инфекционный эндокардит, 31 — миксомы полостей сердца, 413 — угрожающие жизни нарушения ритма, 4 — ТЭЛА, 2 — тромбозы искусственных клапанов сердца, 13 — сдавливающий экссудативный перикардит.

Бюджетное финансирование по Институту в 2011 г. на медикаменты и расходные материалы составило 31,7% требуемого, поэтому возникла необходимость в привлечении внебюджетного финансирования на сумму 34 млн 768 тыс. грн.

Подробно остановившись на лечебной работе Института, Г. Кнышов отметил, что в 2011 г. Проведено 924 оперативных вмешательства по поводу нарушений ритма сердца, среди которых преобладали имплантация искусственного водителя ритма (ИВРС), RF-абляции и электрофизиологические исследования. Количество имплантаций ИВРС в Украине составляет всего лишь 83 на 1 млн населения, в то время как в Германии — 1269, в Италии — 1047, во Франции — 995. Эта ситуация требует немедленного исправления, поскольку нарушения ритма являются одной из основных причин внезапных смертей. По поводу патологии клапанов сердца проведено 1174 оперативных вмешательства (протезирование и/или пластика). Это количество может быть увеличено лишь при достаточном финансировании, так как стоимость клапанов и оксигенаторов (операции проводятся при искусственном кровообращении) достаточно высока. Результаты анализа этиопатогенетических факторов развития пороков клапанов сердца, проводимого с 1983 г., свидетельствуют, что на фоне снижения ревматически обусловленных пороков увеличивается количество поражений клапанного аппарата,

обусловленных нарушением липидного и белкового обмена. Количество пороков сердца, обусловленных инфекционным эндокардитом, резко возросло после аварии на Чернобыльской АЭС, затем несколько стабилизировалось и сейчас поддерживается за счет потребителей инъекционных наркотиков, у которых преобладает поражение трехстворчатого клапана.

За истекший год по поводу врожденных пороков сердца проведено 711 операций, из них 412 — с искусственным кровообращением (летальность — 1,7%) и 299 — без искусственного кровообращения (летальность — 1%). Летальность соответствует таковой в странах Европы (Aristotel SCORE — 6,5%, EACTS database 2011 for CHD — 3,5%). При врожденных пороках сердца в Институте предпочтение отдается эндопротезированию, также изучается функционирование единственного желудочка при гипоплазии левого и правых отделов сердца и сложным порокам сердца у новорожденных. Так, проведено 11 операций при синдроме гипоплазии левых отделов сердца, из них 4 — по гибридной методике при диаметре аорты <3 мм и массе тела <2,5 кг, и 7 — операции Norwood при диаметре аорты >3 мм и массе тела >2500 г, 3 пациента выжили.

Проведено 171 операция по поводу аневризмы восходящей части аорты, в том числе 51 (29,8%) — при остром расслоении аорты по ургентным показаниям. Эта патология обусловлена как врожденным поражением аортального клапана, так и увеличением количества пациентов с гипертонической болезнью (на сегодня их в Украине около 12 млн). При оперативных вмешательствах по поводу ретроградной дуги аорты в Институте предпочтение отдается методике ретроградной гипотермической перфузии головного мозга через верхнюю полую вену. Температура крови составляет 18 °С, объемная скорость перфузии — 250–400 мл/мин/м², перфузионное давление — 10–12 мм рт. ст., время перфузии — 50–70 мин. Доказано, что этот метод полностью сохраняет жизнедеятельность мозга, при этом отмечается снижение уровня тревоги, уменьшение депрессивной симптоматики, расстройства когнитивной сферы носят временный характер.

В течение 2011 г. проведено 219 операций по поводу острого инфекционного

эндокардита, из них у 37 (16,9%) больных выявлены абсцессы сердца. НИССХ им. Н.М. Амосова единственный в мире применяет при инфекционном эндокардите методику общей управляемой гипертермической перфузии, когда согревание пациента до температуры 39,5 °С проводится при помощи теплообменника аппарата искусственного кровообращения с поддержанием достигнутой температуры тела в течение 3040 мин после основного этапа операции. Летальность при таких операциях составила 1,4% (в США — 20%, в Европе — 6–8%), количество рецидивов инфекционного эндокардита — 0,5% (в США и Европе — ≈20%).

По поводу опухолей сердца, среди которых преобладают миксомы, совместно с биохимической лабораторией города Гессен (Германия) проведено исследование, в результате которого доказано происхождение миксом из эндотелия капиллярной системы межпредсердной перегородки. Также доказано, что предшественником эндотелиальных нарушений является избыточный рост сосуда или его извитость. Также совместно с Институтом генетики начато изучение ростовых свойств плазмы крови пациентов с миксомами по сравнению с донорской плазмой. Показано, что плазма крови пациентов с извитыми сосудами и миксомами сердца обладает агрессивными ростовыми свойствами, содержание факторов роста в ней статистически достоверно выше по сравнению с контрольной группой донорской плазмы крови. В Институте для удаления миксом разработана методика чрездвухпредсердного доступа, и на сегодняшний день удаление этих опухолей производится без фрагментации. Это позволило снизить летальность и количество послеоперационных осложнений до нуля.

Особое внимание было уделено проблеме ишемической болезни сердца (ИБС). Г. Кнышов отметил, что стенокардия, обусловленная атеросклерозом коронарных сосудов, составляет 70% общего количества случаев. 30% обусловлены другими аномалиями коронарных сосудов, среди которых врожденное недоразвитие коронарного русла, врожденная аномалия отхождения от легочной артерии, коронарорезные шунты и фистулы, коронарорезные шунты, внутримышечные «ныряющие» коронарные сосуды, избыточный рост коронарных сосудов — извитые сосуды, патологическое сокращение коронарных сосудов, «профессиональные» поражения коронарных сосудов, атеросклеротическое поражение коронарных сосудов на фоне агрессивных вмешательств. Таким образом, если пациенту с ИБС перед назначением терапии не проведена коронарография, то в 30% случаев последующее стандартное лечение бесполезно и даже вредно. В этом заложены тактические ошибки кардиологов при лечении ИБС. За 2011 г. в Институте проведено 807 операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) при ИБС, обусловленной атеросклеротическим процессом, летальность — 0,4%, 445 операций стентирования (установлено 753 стента), летальность — 0%. При хирургическом лечении осложненных форм ИБС проведено 314 операций протезирования клапанов + АКШ, летальность — 3,8%, и 140 операций резекции аневризмы левого желудочка + АКШ, летальность — 0%. При сравнении летальности после операций по поводу осложненной ИБС с аналогичными данными США (STS National Database Spring 2011 Executive Summary) видно, что наши показатели во многом лучше. Так, за 2011 г. в Институте проведено 42 операции про-

тезирования митрального клапана + АКШ, летальность — 0% (в США — 10%), 264 операции протезирования аортального клапана, летальность 4,2% (в США — 4,3%), 140 операций по поводу аневризмы левого желудочка + АКШ, летальность — 0% (в США — 9%).

За 5 лет в Институте прооперировано 819 пациентов с ИБС и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа. При нулевой летальности, которой удалось достичь, 5-летняя выживаемость у пациентов после АКШ с сопутствующим СД была на 10% ниже (0,8), чем у пациентов без СД (0,9).

Среди причин ИБС, не связанных с атеросклерозом, были выделены мышечные «мостики» коронарных сосудов, атипичное систолическое сокращение гладких мышц в стенке коронарных сосудов, патологически извитые сосуды. Вся эта патология может быть выявлена только при проведении коронарографии и не поддается стандартному медикаментозному лечению, назначаемому при ИБС.

Пациент с ИБС обращается за медицинской помощью при возникновении болевого синдрома, который развивается при сужении просвета коронарного сосуда на ≥70%. Несмотря на назначаемую при этом стандартную медикаментозную терапию, атеросклеротический процесс продолжает прогрессировать, что приводит к развитию инфаркта миокарда. Поэтому для эффективного лечения пациентов с ИБС вначале необходимо провести коронарографию с целью установления причины ИБС, восстановить кровоток, и только после этого назначать медикаментозное лечение. В настоящее время в Украине установлено 39 стационарных и 12 мобильных ангиографов, при этом нагрузка на аппарат в среднем составляет 1,23 ис-



следования в день, что является крайне низким показателем. Причина столь неэффективного использования дорогостоящего оборудования, по мнению Г. Кнышова, в том, что кардиологи крайне редко направляют пациентов, которые к ним обращаются, на коронарографию.

Подводя итоги своего доклада, Г. Кнышов отметил, что на основании представленной информации можно сделать следующие выводы:

- кардиохирурги в Украине достигли современного международного профессионального уровня;
- заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Украине катастрофически высокая (за 2010 г. распространенность ИБС — 6 млн 262 тыс. 351 пациент, летальность — 5%, распространенность острого инфаркта миокарда — 34 тыс. 494 больных, летальность — 29,1%);
- кардиохирургические центры недогружены пациентами;
- отмечается неэффективное использование дорогостоящих ангиографов. Причины этого следующие:
- неправильная стратегия кардиологов (назначение медикаментозного лечения без точной ангиографической диагностики);
- недофинансирование закупки расходных материалов;
- отсутствие ответственности кардиологов за неэффективное лечение.

Для выхода из сложившейся ситуации необходимо совместно НАМН и МЗ Украины разработать мероприятия, направленные на радикальное изменение взаимодействия между кардиологической и кардиохирургической службами.

Борис Тодуров, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Хирургия сердца и магистральных сосудов», рассказал о деятельности кардиохирургической службы и состоянии дел в области интервенционной кардиологии в Украине за 2011 г.

В Украине смертность от инфаркта миокарда составляет 21,6 на 100 тыс. населения, а от хронической ИБС — 571 (в США — 77 и 97 соответственно). Снизить показатели смертности можно за счет своевременного проведения ангиографических исследований и применения при необходимости интервенционных методов лечения.

В 2012 г. значительно увеличено финансирование кардиохирургической службы: в 2011 г. было выделено 96 млн грн., а в 2012 г. — 264 млн. Эти деньги будут распределены на закупку оксигенаторов, клапанов, стентов, расходных материалов и лекарственных средств.

Омечено, что в Украине на сегодня существует совершенно необоснованная искусственно созданная централизация оказания кардиохирургической помощи. Так, в Киеве работает 9 лечебных учреждений кардиохирургического профиля, в то же время в некоторых областях совершенно не оказывается кардиохирургическая помощь, даже не проводится ангиография. Не утверждено положение о кардиохирургическом центре, отсутствуют стандарты оказания кардиохирургической помощи, нет финансирования в регионах.

Ангиографическая служба, которая расположена, как правило, на базе областных больниц и находится в подчинении у кардиологов, к сожалению простаивает.

Еще одной проблемой является отсутствие единого медицинского пространства. Клиники различного подчинения имеют разные бюджеты и не могут оказывать медицинскую помощь всем, кто в ней нуждается.

Кроме того, централизации кардиохирургической помощи способствует тот факт, что многие областные больницы даже в тех регионах, где есть кардиохирургические центры, направляют пациентов в Киев, выдавая им на руки стенты, клапаны, оксигенаторы, закупленные за бюджетные средства и распределенные в регионы. Поэтому одной из главных

задач развития кардиохирургической службы является ее максимальное приближение к пациенту во всех регионах Украины.

Б. Тодуров также подчеркнул актуальность отсутствия преемственности в оказании кардиологической и кардиохирургической помощи. Для ее устранения необходимо незамедлительно утвердить соответствующие стандарты, которые бы включали показания к проведению ангиографии. Также требуется утвердить положение об ангиографической службе, нормативно закрепив такие субспециальности, как ангиографист и перфузиолог.

Среди основных направлений развития кардиохирургической службы на 2012 г. были выделены:

- проведение инвентаризации оборудования и остатков расходных материалов;
- разработка программы подготовки специалистов на уровне медицинских университетов;
- разработка и утверждение положения о кардиохирургических центрах и кардиохирургических отделениях;
- пересмотр нормативной базы штатного обеспечения кардиохирургических центров в соответствии с требованиями современных технологий;
- рассмотрение вопроса реализации проекта госзаказа на кардиохирургические операции для социально незащищенных групп населения;
- проведение тарификации оказания кардиохирургических услуг в кардиохирургических центрах;
- рассмотрение вопроса привлечения инвестиций для строительства частных кардиохирургических центров с долей государственной собственности;
- утверждение субспециальностей «Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» и «Перфузиология».

*Александр Устинов,
фото Сергея Бека*

Реферативна інформація

Ревматологічний симпозиум Асоціації ревматологів України «Актуальні питання сучасної ревматології»

Основні науково-практичні напрямки симпозиуму: сучасна стратегія терапії біологічними агентами в ревматології; кардіоваскулярні ускладнення у пацієнтів із СЧВ та ревматоїдним артритом; проблема болю в ревматології; аспекти застосування глюкокортикоїдів при ревматичних захворюваннях; проблеми остеопорозу при ревматичних захворюваннях; рентгенологічна та денситометрична діагностика первинного та вторинного остеопорозу; актуальні питання дитячої кардіоревматології.

Буде проведено наукові симпозиуми, диспути, круглі столи, майстер-класи та презентацію нових видань з ревматології.

У рамках симпозиуму буде проведено тренінг з основних принципів належної клінічної практики (GCP) проведення клінічних досліджень з видачею сертифікату установам зразка.

Початок роботи симпозиуму: 15 березня 2012 р. о 9:30 в червоному залі «Будинку Кіно» (Київ, вул. Саксаганського, 6)
Прізд до «Будинку кіно» — станції метро «Палац спорту», «Республіканський стадіон»

Регістрація учасників: 15 березня з 8:30 у вестибюлі

Умови участі для делегатів та гостей

Усі зареєстровані учасники симпозиуму, які сплатили організаційний внесок (100 грн.), отримають матеріали симпозиуму та сертифікат учасника

Адреса оргкомітету: 03151, Київ-151, вул. Народного ополчення, 5, ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України:

Тел./факс: (044)249-70-03, 275-66-22

E-mail: stragh@bigmir.net

Головні спонсори: ABBOTT (США), HOFFMANN-La ROCHE Ltd (Швейцарія), MSD (США), NOVARTIS (Швейцарія), SERVIER (Франція), ORION PHARMA (Фінляндія), BOEHRINGER INGELHEIM (Німеччина), EUROMEDEX (Франція), УМТ (Україна)

Прес-служба «Українського медичного часопису»