

ЛИЧНЫЙ ВЗГЛЯД ДИРЕКТОРА НА ПРОШЕДШИЙ ГОД. ИНТЕРВЬЮ С ПРОФЕССОРОМ, ДОКТОРОМ МЕДИЦИНЫ ФОЛЬКМАРОМ ФАЛЬКОМ

Проф., др. мед. Фолькмар Фальк, директор Клиники сердечно-сосудистой и торакальной хирургии

- Господин профессор, что на Ваш взгляд стало основной темой в 2016 году?

- Сразу оговорюсь: если какая-то одна тема надолго заняла место в повестке дня, это вовсе не означает, что остальные вопросы имеют меньшее значение. Но если говорить о прошедшем годе в целом, то интенсивнее всего у нас велась работа по планированию Университетского кардиологического центра в Берлине.

- Каков был результат?

- Мы сделали в этом направлении большой шаг вперед. Напомню, что весной предыдущего года между Клиникой Шарите и Немецким кардиологическим центром было заключено принципиальное соглашение с целью создания совместного Университетского кардиологического центра в Берлине. Берлинский Сенат в сентябре 2016 года одобрил это соглашение и направил ходатайства о проведении экспертизы в отношении того, как должна быть организована совместная модель деловых взаимоотношений в рамках Университетского кардиологического центра в Берлине.

- А что это означает конкретно?

- Мы хотим объединить все кардиологические подразделения Немецкого кардиоцентра и Клиники Шарите Кампус Вирхов. Это значит, что нам необходимо новое здание. А кроме этого, нам необходимо создать совместный исполнительный орган, посредством которого в будущем Фонд Кардиоцентра – как участник долевого собственности в исполнительном органе и как владелец инвестиционной доли Кардиоцентра в новостройке – сможет реализовывать свои учредительные цели. Обе эти задачи являются для всех участников новой областью деятельности и представляют собой соответствующие сложности в переговорах. Но мы продвигаемся вперед.

- А для чего вообще необходимо создание Университетского кардиологического центра в Берлине?

- Первая, элементарная причина в недостатке помещений. Здание Немецкого кардиоцентра само по себе выразительное, но в смысле пространства оно давно уже используется на пределе своих возможностей, а произвольно его расширять невозможно. Чтобы реализовать запланированное Сенатом увеличение коек для пациентов и чтобы в дальнейшем гибко реагировать на изменения в минимально инвазивной и оперативной кардиологии, строительство нового здания жизненно необходимо. Централизацией кардиологической помощи в Шарите Кампус Вирхов мы в первую очередь преследуем интересы наших пациентов. Имеются многочисленные свидетельства того, что в крупных центрах достигаются лучшие результаты, поскольку из-за большой пропускной способности в них собрано больше опыта, более слажена работа сотрудников и лучше техническое оснащение. Кроме того, работа крайне востребованных сегодня специалистов узкого профиля возможна только там, где есть достаточно потенциала, чтобы проводить соответствующее кадровое планирование. Есть и другие аргументы, говорящие в пользу тесного сотрудничества в кардиологии.

- Какие это аргументы?

- Сегодня кардиохирургов и кардиологов больше, чем когда бы то ни было, связывает тесное сотрудничество в целях оптимального лечения пациентов. Техническое развитие позволяет нам сегодня все больше проводить щадящие, минимально инвазивные процедуры там, где раньше применялась «классическая» хирургия сердца со вскрытием грудной клетки. Самый важный из этих методов на сегодняшний день – это конечно же транскатетерная имплантация аортального клапана, сокращенно TAVI, которую мы очень успешно проводим в Кардиоцентре совместно с нашими коллегами-кардиологами. Мы уже разрабатываем и планируем новые методы лечения заболеваний клапанов сердца и миокарда. В ближайшие годы мы ожидаем новаторские решения в первую очередь в области транскатетерного протезирования митрального клапана. Благодаря нашей экспериментальной гибридной операционной мы уже в доклинической фазе опережаем многих.

- Кардиохирургия сливается с кардиологией?

- Лучшее из обоих направлений должно объединиться. Мы не препятствуем этому развитию, а напротив, хотим ему активно способствовать. В то же время потребность в «классических» хирургических методах будет по-прежнему сохраняться, например, в области систем механической поддержки кровообращения, острой диссекции аорты и, естественно, трансплантологии. Во всех этих областях этот год был для нас очень успешным.

- В чем именно?

- Мы пересадили 23 сердца и 17 легких и таким образом наша клиника принадлежит к числу самых крупных центров трансплантологии. Показатели выживаемости в больнице и через год после операции продолжали улучшаться. У двух молодых людей в 2016 году в Кардиоцентре успешно были пересажены одновременно и сердце и легкое, этому успеху мы были очень рады.

Кроме того, в октябре мы выписали молодую пациентку с муковисцидозом, у которой практически не было шансов выжить, а благодаря двойной трансплантации легкого и печени ее удалось спасти.

- Вы гордитесь этим успехом?

- Лично я не принимал участие в этой операции. Но, тем не менее, чувство гордости у меня есть, гордость за наш коллектив. Все специализированные подразделения должны при лечении такой тяжелобольной пациентки на протяжении длительного времени идеально взаимодействовать. И в этом наша заслуга – Немецкого кардиологического центра и наших партнеров из Шарите.

Это же относится и к другому примеру, который я назвал: к нашему проекту надрегиональной, междисциплинарной «телефонной горячей линии по заболеваниям аорты», которую мы запустили в 2015 году и которая начала приносить плоды в 2016 году благодаря более быстрому проведению диагностики и достоверно более быстрому хирургическому лечению острой диссекции аорты, которая является неотложным состоянием с опасностью для жизни. А наша программа искусственного сердца является по-прежнему самой крупной в мире и сопровождается у нас интенсивной научно-исследовательской работой.

- Кстати о научно-исследовательской деятельности, что было сделано в этой области в 2016 году?

- Очень многое. Детальное перечисление заведет наш разговор очень далеко. Прекрасный пример: в 2016 году еще один наш коллега был принят в программу *Clinician Scientist* клиники Шарите, которая позволяет молодым врачам продолжать образование по специальному врачебному направлению с выделенным временем на клинические и фундаментальные исследования. В 2016 году Александр Майер, наш молодой коллега, с нашей поддержкой и благодаря своей убедительной заявке на проект по цифровой медицине попал в эту программу. А это нелегко.

Среди многочисленных публикаций хотелось бы выделить этапную статью нашей рабочей группы по механическому кровообращению в *Journal of the American College of Cardiology* на тему тромбоза в системах механической поддержки кровообращения.

- В 2016 году закончилась деятельность административного директора Томаса Михаеля Хёна, который после 25 лет работы в Кардиоцентре ушел на пенсию. Вам его будет не хватать?

- Томас Михаель Хён с его огромным опытом и прямо-таки энциклопедическим знанием берлинской политики здравоохранения и Кардиоцентра был необыкновенным человеком, которому наш центр многим обязан и которого нам конечно же не хватает.

Но с другой стороны к нам пришел Маркус Полле, новый коммерческий директор, который быстро влился в коллектив и быстро включился в рабочие процессы Кардиоцентра. Он со своим опытом и профессионализмом несет ответственность за экономическую составляющую и уже ввел соответствующие изменения. Кроме того, Маркус Полле симпатичный, дружелюбный человек. То есть нам повезло.

Личный взгляд директора на прошедший год.

Интервью с профессором университета, доктором медицины Буркертом Писке

Проф.универ., др. мед. Буркерт Писке, директор Клиники внутренних болезней/Кардиология

- Господин профессор, какой итог Вы подводите 2016 году?

- 2016 был очень хороший год. Мы можем гордиться прекрасной репутацией нашей клиники, известной не только в Берлине, но и за его пределами, с ее давно разработанными главными терапевтическими направлениями. И во всех этих «традиционных» направлениях мы продолжаем постоянно развиваться. К ним относятся малоинвазивная кардиология под руководством д-ра мед. Штефана Драйсе, ритмология, абляция, физиотерапия и МРТ-диагностика.

Кроме того, все более важными становятся для нас катетерные вмешательства для замены аортального клапана, так называемая транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI). Владение технологией и опыт ее проведения, а также самое лучшее техническое оснащение наших гибридных операционных для катетерных вмешательств позволили нам совместно с нашими коллегами из Клиники сердечно-сосудистой и грудной хирургии создать все предпосылки для проведения лечения с оптимальным качеством и результатом. Соответственно резко выросло и количество пациентов, которым мы теперь можем предоставлять помощь, а также в отношении крайне редко возникающих осложнений мы вполне можем быть довольны.

- Транскатетерная имплантация аортального клапана может проводиться только в центрах с кардиохирургическим отделением, что вызвало весьма оживленную полемику в медицинских и политических кругах. Как Вы к этому относитесь?

- Я считаю, что на настоящий момент это правильно. По нескольким причинам. Во-первых, это все еще инновационная технология. Мы продолжаем расширять наши знания о том, для каких именно пациентов этот метод обладает максимальным преимуществом. Намечается тенденция, в соответствии с которой эту щадящую методику можно предлагать более молодым пациентам и пациентам с менее тяжелыми ограничениями. А это возможно только в сотрудничестве с кардиохирургами и анестезиологами.

Кроме того, у некоторых пациентов, у которых тоже применяется минимально инвазивный метод транскатетерной имплантации аортального клапана, но возможен только хирургический доступ к сердцу. Если же в клинике такой возможности нет, тогда нельзя предлагать пациенту и этот метод. Но самым главным аргументом являются осложнения, которые хоть и очень редко имеют место, но если случаются, то требуют быстрого кардиохирургического лечения.

Важным при этом является и наличие опытного младшего и среднего медперсонала, в первую очередь для наблюдения за пациентами сразу после вмешательства.

Как Вы видите, к команде TAVI относятся не только кардиологи и кардиохирурги. И в этом отношении в Немецком кардиоцентре у нас оптимальные позиции.

- Это относится только к TAVI?

- Конечно, нет. Это относится ко всем областям. Особенно мне хотелось бы выделить лечение тяжелой сердечной недостаточности. Когда пациента еще можно лечить медикаментозно, когда необходим кардиостимулятор, когда следует имплантировать систему механической поддержки кровообращения, а когда в качестве последнего шага возможна только трансплантация? Точные ответы на эти вопросы может дать только коллектив из экспертов в каждой области. И в этом мы намного продвинулись в 2016 году. Наши специальные отделения, включая диагностику и лечение других заболеваний, выполняют прекрасную работу: электрофизиология под руководством профессора доктора Гердс-Ли и рабочая группа по имплантации приборов под руководством доктора Кристофа Кляйна.

- Ваш коллега кардиохирург профессор Фолькмар Фальк и Вы приехали работать в Берлин с твердым намерением объединить кардиологические клиники Шарите и Немецкого кардиоцентра в один Университетский кардиоцентр в Берлине. Процесс, который Вы, вероятно, поначалу представляли себе несколько проще...

- ... но который в 2016 значительно продвинулся вперед. В начале прошлого года планирование проходило еще очень неопределенно. Но сначала старый, а теперь новоизбранный Сенат Берлина выразил политическую готовность создать единый Университетский кардиоцентр в Берлине и построить здесь в Веддинге новое здание для него. В 2017 году эти планы примут еще более конкретную форму, я в этом убежден.

- В дополнение к клинической работе ведется научно-исследовательская и преподавательская деятельность. Вы также положительно оцениваете итоги 2016 года в этой области?

- Абсолютно. Мы интенсивно занимаемся университетской преподавательской деятельностью. Здесь особенно необходимо отметить успешную работу нашей ведущей МРТ-лаборатории *MRI Core Lab*, которая за последние годы приобрела большую известность.

- В чем состоит эта работа?

МРТ в Немецком кардиоцентре применяется уже с 1996 года, наш центр давно играет ведущую роль в развитии этого диагностического метода. С помощью *MRI Core Lab* мы хотим предоставить весь наш опыт для его использования как в стенах нашей клиники, так и в других институтах. Коротко говоря, у нас собралась колоссальная база данных, объединяющая стандартизованные, очень специализированные результаты МРТ-обследований с подробной историей болезни пациентов, ее динамикой и лечением. Но просто собрать эти данные было бы слишком мало, их необходимо классифицировать и обработать на основании экспертного анализа. Именно этим с большим успехом занимаются мои коллеги др. Рольф Гебкер, др. Себастьян Келле и их рабочая группа. Эти данные вместе с технологией мы по заявкам предоставляем для исследовательских целей и как эксперты сопровождаем эти исследования. И признаться честно, от запросов со всего мира просто нет спасения.

Кроме того, обратили на себя внимание несколько важных публикаций рабочей группы профессора Филиппа Ставовы в области биохимических фундаментальных исследований. Речь идет о процессах обмена веществ, стоящих за определенными МРТ-результатами у пациентов с сердечной недостаточностью (*слабостью миокарда, прим. редакции*), и о том, как на них влияют новые медикаменты.

- Фундаментальные исследования тоже уже фокусируются на клинические потребности?

- Это для нас очень важно. Новые аспекты, открытые исследовательской деятельностью, мы хотим как можно быстрее довести до клинического применения, чтобы улучшить профилактику, диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Эта так называемая

трансляционная исследовательская деятельность проводится у нас в рамках двух исследовательских сообществ, которые были созданы специально с этой целью: Немецкий центр сердечно-сосудистых исследований DZHK, в котором мы совместно с Шарите, Институтом Роберта Коха, Центром молекулярной медицины им. Макса Дельбрюка и Немецким институтом исследований вопросов питания составляем Берлинское отделение, а также с *Berlin Institute of Health*, где я занимаю должность профессора.

Преподавательская деятельность в 2016 году по-прежнему оставалась важным аспектом нашей работы. Мы участвуем в практическом обучении студентов-медиков в Шарите, многие наши сотрудники преподают в институтах, защитили докторские диссертации с правом чтения лекций, являются внештатными профессорами Шарите. Мы участвуем и в других программах, например, в подготовке кардиотехников в Академии кардиотехники при Немецком кардиоцентре.

- Вы являетесь директором двух клиник с соответствующими административными обязанностями. Можно ли при этом вообще помнить конкретных пациентов?

- Естественно! Это самое главное и об этом никогда нельзя забывать. Например, была одна пациентка с тяжелым стенозом аортального клапана, которая была у нас на приеме по поводу проведения транскатетерной имплантации аортального клапана. И хотя, как я уже рассказывал, это очень щадящий метод, в случае с этой пациенткой нам пришлось взвешивать все за и против, потому что она была ментально в прекрасной форме, но физически очень хрупкой женщиной в возрасте почти 90 лет. В конце концов, мы приняли решение за вмешательство. Его проведение было назначено на вторую половину дня. Когда я в 18 часов был на обходе, то она была уже снова в полном сознании и приветливо мне улыбалась. Я тут же ее спросил, можно ли мне ее сфотографировать на мой мобильный. Потому что я был невероятно рад успеху лечения, потому что еще совсем недавно такое было бы просто невозможно. И эта радость не проходит никогда!

Личный взгляд директора на прошедший год.

Интервью с профессором, доктором медицины Фелиском Бергером

Проф., др. мед. Феликс Бергер, директор Клиники детской кардиологии

- Господин профессор, какой итог лично Вы подводите 2016 году?

- С моей точки зрения, это был тяжелый год. Несмотря на то, что мы расширили наше отделение интенсивной терапии на 12 коек, мы не смогли полностью воспользоваться этой новой возможностью, поскольку по разным причинам нам часто не хватало персонала. Кроме того, во время ремонта 2-го отделения интенсивной терапии Кардиоцентра нам пришлось предоставить две койки в нашей интенсивной терапии в распоряжение коллегам Клиники сердечно-сосудистой и грудной хирургии.

А что касается количества и неотложности наших пациентов, то здесь ситуация не ослабевала. Нам вместе с Клиникой хирургии врожденных пороков сердца и детской кардиохирургии пришлось провести операций даже у большего количества пациентов, чем в прошлом году. И тем не менее время ожидания плановой операции продолжало расти.

- Повышение нагрузки при ограничении возможностей – как такое может функционировать?

Мы были вынуждены без малейшей задержки переводить наших пациентов в наше отделение пред- и послеоперационного наблюдения, что, в свою очередь, означало, что там стало не хватать места со всеми вытекающими из этого неудобствами для наших пациентов, их родных и наших сотрудников. Наш Центр рассчитан также и на самые тяжелые клинические случаи, у нас реализуется самая большая в мире программа вспомогательного кровообращения, т.н. «искусственного сердца», что означает, что многие пациенты вынуждены проводить длительное время у нас в стационаре, и таким образом наша коечная мощность надолго ограничивается.

- Это звучит так, как будто от этого страдало качество лечения...

- ... чего, естественно, никогда не должно происходить и не происходило. Качество лечения у нас – и это подтверждается документально – остается на высшем международном уровне, несмотря на все описанные проблемы. Нам удалось сделать так, что если ограничения и были, то только в бытовом удобстве пациентов. И этим мы обязаны врачам и медперсоналу, которые каждый день выкладывались по максимуму в отделении интенсивной терапии, а также в отделении пред- и послеоперационного наблюдения. За это мне хотелось бы выразить им самое глубокое уважение и благодарность.

- А 2017 год будет в этом отношении лучше?

- Я в этом уверен. Хотя Кардиоцентр как здание и невозможно расширить, и мы в долгосрочной перспективе планируем строительство совершенно нового здания для Университетского кардиологического центра в Берлине, мы, тем не менее, нашли возможность перепрофилировать помещения и так изменить организацию рабочих процессов, чтобы увеличить у нас количество коек. Этот план мы собираемся реализовать в 2017 году. После завершения ремонта во 2-ом отделении интенсивной терапии все новые койки полностью перейдут в наше распоряжение.

- Ваше отделение на протяжении многих лет занимает ведущую позицию в Европе по научным исследованиям. Какие новые достижения за 2016 год Вы могли бы назвать?

- Мне довольно трудно выбрать какие-то отдельные проекты и при этом не выйти за рамки нашего разговора. Наши научно-исследовательские проекты рассчитаны на долгосрочный период и по каждому из них наблюдается постоянное продвижение вперед. Хороший пример проект *GrownValve*, в котором речь идет о создании протеза сердечного клапана из аутогенной ткани, которую можно забрать из перикарда во время минимально инвазивного вмешательства. По этому проекту у нас имеется договоренность о содействии с Федеральным министерством экономики. В области разработки клапанов сердца мы буквально недавно успешно завершили крупный научно-исследовательский проект при поддержке ЕС (*LiveValve*) и находимся в настоящий момент в завершающей фазе подготовки научной публикации.

Еще одной важной темой в 2016 году был проект моего коллеги профессора Титуса Кюне. Там речь идет о компьютеризированном моделировании сердечно-сосудистой системы с целью прогнозирования, которое на основе обширного объема данных визуализационной диагностики, а также на основе генетических и биохимических разработок позволит создавать максимально точное моделирование кардиохирургических вмешательств. Профессор Кюне собрал блестящую команду исследователей с междисциплинарным профилем, которая в 2016 году обратилась в Немецкое научно-исследовательское объединение с целью получения статуса приоритетного направления исследований и финансирования. Такая заявка связана с очень большим объемом работ и поэтому мы с особенным волнением ждем решения Немецкого научно-исследовательского объединения, которое будет приниматься в 2017 году.

- А в клинической деятельности...?

- ... весьма существенным аспектом нашей работы как детских кардиологов является, конечно же, развитие катетерной терапии врожденных пороков сердца, особенно при протезировании клапанов сердца. В этом направлении нам в 2016 году удалось продвинуться дальше при протезировании трикуспидального клапана (это клапан между правым предсердием и правым желудочком). Этот метод в части выявления показаний и проведения самого вмешательства доведен у нас до того же уровня, что и уже прошедший проверку временем метод протезирования пульмонального клапана. И тем не менее мы в этой области могли бы быть еще дальше.

- В каком смысле?

- Мы хотели уже в 2016 году, основываясь на катетерной технологии, начать имплантировать новые протезы пульмонального клапана. Эти клапаны „Venus P“ должны использоваться в тех случаях, при которых имеющиеся протезы наталкиваются на границы своих возможностей. Но к сожалению, из-за сложных, ужесточенных условий лицензирования со стороны Федерального института лекарственных средств и медицинских продуктов процесс допуска крайне затянулся. Эти бюрократические препоны, с моей точки зрения, не имеют ничего общего с гарантированием безопасности для наших пациентов. Вообще-то, раньше американская лицензионная служба FDA придерживалась значительно более усложненных условий допуска, так что инновационные продукты скорее находили применение в Европе, в частности в Германии. Но теперь эта ситуация изменилась на противоположную: новые разработки значительно быстрее находят клиническое применение в США.

- Есть ли среди пациентов в 2016 году такие, кто особенно остался в Вашей памяти?

- Да, такие пациенты бывают в каждом году. Ну, во-первых, было очень радостно, что нам удалось успешно провести трансплантацию сердца и легких двум юношам, Огужану и Тобиасу. Оба пациента провели несколько месяцев в нашей клинике и в отделении детской кардиологии клиники Шарите, а сами операции проводил коллега, профессор Кристоф Кнозалла из Клиники сердечно-сосудистой и грудной хирургии.

Также мы запомнили и Викторию из Казахстана, которой в Кардиоцентре была проведена операция по поводу тяжелого порока сердца. У себя на родине у Виктории практически не было шансов, и у нас в течение нескольких недель ее состояние было в высшей степени критическим. Но нам удалось довести Викторию до выписки, и она уехала к себе домой – мы горды этим успехом.

В 2016 году мы провели трансплантацию сердца двум детям в возрасте до 16 лет, один ребенок с системы искусственной поддержки кровообращения *Berlin-Heart* был снова переведен на естественное кровообращение, поскольку его сердечная мышца полностью восстановилась. Но все это только пара примеров из списка, который растягивается на многие страницы. Безусловно, наша деятельность требует от нас определенной профессиональной дистанции. А с другой стороны, мы знаем, как важна в медицине способность к сопереживанию. С каждым пациентом нас связывает индивидуальная связь, каждый успех в лечении очень радует нас и служит мотивацией к дальнейшей работе.

Личный взгляд директора на прошедший год.

Интервью с профессором, доктором медицины Йоахимом Фотиадисом

Проф., др. мед. Йоахим Фотиадис, директор Клиники хирургии врожденных пороков сердца и детской кардиохирургии

- Господин профессор, это первое интервью, в котором я могу Вас так называть...

- Если Вы имеете в виду мой титул, то Вы вполне можете его выпускать. А что я с октября 2016 года занимаю должность профессора хирургии врожденных пороков сердца, радует меня, конечно же, поскольку это практически открывает новые перспективы. Разумеется, не из-за меня лично, а из-за связанных с этой должностью структурных и финансовых возможностей для нашей клиники и в исследовательской и в преподавательской деятельности. Мы должны и хотим по-прежнему готовить кардиохирургов по нашему специальному профилю. Это возможно только в очень немногих центрах таких, как наш, в которых проводится лечение всех видов врожденных пороков сердца, что, в свою очередь, должно сопровождаться учебными мероприятиями.

Кроме того, важна также и научно-исследовательская деятельность. В последние годы наши основные усилия были направлены на развитие самостоятельной Клиники хирургии врожденных пороков сердца и детской кардиохирургии, а теперь мы хотим усилить и нашу научную активность.

- На что в первую очередь направлено Ваше внимание?

- Мы хирурги и поэтому, естественно, наши исследования в большой мере ориентируются на клиническую практику. Особенно важной темой для нас среди прочего являются пациенты с кровообращением по Фонтену.

- Не могли бы Вы разъяснить этот термин?

- При некоторых пороках сердца формируется только один желудочек с нормальной функцией. В таких случаях мы говорим о сердце с единственным желудочком. Дети с таким единственным желудочком живут с большими ограничениями или вообще не выживают. В наше время, правда, существует многоэтапный метод хирургической коррекции, с помощью которого мы можем обеспечить большинству таких пациентов выживание в долгосрочной перспективе при хорошем качестве жизни. Эта операция названа по имени французского кардиохирурга Франсуа Фонтена.

- Это новый метод?

- Этот метод существует уже несколько десятилетий, но по-прежнему представляет для всех кардиоцентров в мире большие сложности. У нас, по сравнению с показателями по всему миру, дела обстоят очень хорошо. Но, конечно же, мы хотим продолжать улучшение качества лечения. И поэтому мы интенсивно исследуем возможности оптимизации этого хирургического метода.

- Действительно ли можно вылечить ребенка с «половиной сердца»?

- Нет. Здесь речь идет о паллиативной коррекции, то есть о такой операции, которая продлевает жизнь и улучшает ее качество. Но вылечить это заболевание с ее помощью

невозможно. В некоторых случаях кровообращение по Фонтену, к сожалению, довольно быстро отказывает и тогда это означает, что после всех консервативных медикаментозных и хирургических мероприятий других возможностей лечения больше нет. Поэтому нам необходимо систематически изучать то, в какой степени мы, тем не менее, можем помочь таким пациентам, имплантируя им систему механической поддержки кровообращения.

- Медицина на грани возможного, да?

- Да, это верно. У многих наших пациентов крайне сложные заболевания, лечить которые отказываются в большинстве других кардиоцентров. Конечно, порой и у нас случаются поражения, которые психологически, естественно, сказываются и на нас. Но я думаю, что нам ни в коем случае нельзя стоять на месте, нам следует снова и снова прорываться в такие области на границе возможного. Ведь наши результаты говорят сами за себя.

Многие пациенты с единственным желудочком в наше время растут совершенно нормально, идут в школу, занимаются спортом, как и все остальные дети. Здесь очень важно подчеркнуть, что это не только моя заслуга или заслуга моих коллег-кардиохирургов, лечение тяжелых врожденных пороков сердца может быть успешным, только когда слаженно сотрудничают все подразделения. Я имею в виду и наш прекрасный младший медперсонал и кардиотехников, наших коллег врачей-анестезиологов и, конечно же, детских кардиологов.

- Какие яркие моменты в 2016 году запомнились лично Вам?

- С хирургической стороны важной темой в 2016 году, без сомнения, была реконструкция аортального клапана. Этот клапан является вентилем между левым предсердием и аортой. Если из-за врожденного порока сердца этот сердечный клапан больше не функционирует, его чаще всего приходится заменять.

В младенчестве или раннем детском возрасте очень часто проводится так называемая операция Росса. При этом пораженный аортальный клапан заменяется здоровым пульмональным клапаном того же самого пациента. А он, в свою очередь, заменяется донорским препаратом, который мы используем в этой позиции из-за сравнительно меньшего давления. Существенное преимущество этого метода состоит в том, что пациентам не приходится всю жизнь, как в случае с искусственным аортальным клапаном, принимать кроверазжижающие медикаменты. С помощью этого метода мы в последние годы добились очень хороших результатов. Но сохраняется и отрицательный момент, связанный с операцией сразу на двух клапанах. Поэтому мы уже несколько лет целенаправленно работаем над тем, чтобы при врожденном пороке сердца не заменять аортальный клапан, а реконструировать его. В зависимости от заболевания, естественно, существуют разные возможности. Но в целом мы можем уже сейчас сказать, что по результатам на среднесрочный период реконструкция аортального клапана вполне сравнима с общепризнанной процедурой Росса.

И таким образом мы снова возвращаемся к теме научных исследований. Некоторые технологии реконструкции аортального клапана предполагают использование заплат, изготовленных из децеллюляризированной ткани. То есть, такой ткани, из которой были удалены все клетки, что означает конкретные преимущества в отношении долговечности такого клапана. Пока мы не можем делать научных заявлений на долгосрочный период, но мы полны оптимизма.

- Чем лучше становятся возможности, тем старше становятся Ваши пациенты. Взрослые пациенты играют в лечении врожденных пороков сердца большую роль, чем раньше?

- Да, это факт. Приблизительно половину наших пациентов с врожденным пороком сердца мы оперируем только один раз и больше никогда. Другая половина пациентов в течение жизни нуждается в повторных хирургических вмешательствах, например, если протезы клапанов становятся слишком маленькими или если приходится расширять сужившиеся сосуды. Но это означает, что нам уже заранее приходится анализировать, какие осложнения могут возникнуть у пациента во взрослом возрасте. А порой нам приходится оперировать «профилактически», еще до того, как развилась настоящая симптоматика.

Все это очень серьезные проблемы, с которыми нам придется сталкиваться. Поскольку возможностями по лечению взрослых с врожденными пороками сердца располагают еще меньше кардиоцентров по сравнению с возможностями по лечению детей.

- То есть первая коррекция пороков сердца в детском возрасте возможна в некоторых кардиоцентрах, а продолжение лечения во взрослом возрасте уже нет?

- С известным упрощением, так действительно можно сказать. И именно в этом мы видим нашу прямую обязанность. Клиника врожденных пороков сердца и детской кардиологии Немецкого кардиологического центра в Берлине была в 2011 году одной из первых клиник, которая получила сертификат «общенационального центра по лечению взрослых с врожденными пороками сердца». В 2016 году этот сертификат был продлен до 2021 года.

Мы опираемся на этот документально подтвержденный опыт и квалификацию наших партнеров-кардиологов, мы сопровождаем хирургически их работу и будем в общеевропейском контексте вместе с ними и в дальнейшем работать над укреплением наших позиций в этой области.

Личный взгляд директора на прошедший год.

Интервью с профессором, доктором медицины, Dr. h.c. Германном Куппе

Проф., др. мед., Dr. h.c. Германн Купе, директор Института анестезиологии

- Господин профессор, какой аспект Вашей работы был наиболее важным в 2016 году?

- Нашей главной целью в Немецком кардиологическом центре в Берлине была и остается наилучшая, максимально качественная медицинская помощь пациентам даже в самых сложных случаях. Поэтому нам постоянно необходимо критически пересматривать и улучшать не только нашу непосредственную клиническую работу, но и наши организационные структуры и наше междисциплинарное сотрудничество. Это в первую очередь относится к операционной деятельности, ключевому элементу хирургических клиник Кардиоцентра. И основное направление нашей работы в 2016 году, с моей точки зрения, состоял в гармонизации рабочих процессов в этой области.

- А что это означает конкретно?

- В операционных вместе работают хирурги, анестезиологи, кардиотехники и младший медперсонал. Графики, индивидуальные условия и производственные требования должны быть самым эффективным способом приведены в соответствие друг с другом. Это постоянная, большая задача, которую нам приходится совместно решать.

- И как Вы ее решаете?

- С сентября 2015 года мы с моим заместителем доктором Маттиасом Хоммелем ввели должность «операционного менеджера». Др. Хоммель не только очень опытный анестезиолог, но и обладает степенью магистра управления предприятием в сфере здравоохранения и большой административной компетентностью в области медобеспечения. Кроме того, не надо забывать, что др. Хоммель работает в Кардиоцентре с 2008 года, прекрасно знает клинику и его сотрудников. В результате его интенсивной и конструктивной работы в 2016 году был достигнут значительный прогресс в гармонизации рабочих процессов и графиков.

- А каким образом?

- Наши программы по операциям, насколько они поддаются планированию, должны укладываться во временные рамки с 7 до 18 часов, чтобы еще больше разгрузить дежурные службы по ночам и по выходным дням. И здесь определяется известный прогресс. Кроме того, мы организуем коммуникацию между отдельными профессиональными группами в значительно более регулярном и институционализированном порядке, чем раньше. Говоря проще, времена, когда проблемы обсуждались в коридоре и потом находились краткосрочные решения, практически прошли. Теперь проводятся регулярные и структурированные совещания, на которых проблемы, запросы и соответствующие решения обсуждаются целенаправленно. Эти мероприятия не только повышают эффективность, но и создают благоприятную рабочую атмосферу и высвобождают дополнительные ресурсы персонала.

- Где можно использовать эти ресурсы лучше всего?

- В первую очередь в области индивидуального повышения квалификации наших сотрудников. Например, интраоперационная чреспищеводная эхокардиография, УЗИ сердца во время операции с помощью ультразвукового датчика, расположенного в пищеводе вблизи сердца.

Это обследование в Кардиоцентре проводится специально подготовленными анестезиологами, прошедшими соответствующую сертификацию немецкого и европейского профессионального общества. Ее основой является четырехдневный сертификационный курс, который уже с 1999 Институт анестезиологии при Немецком кардиологическом центре в Берлине предлагает и для анестезиологов из других клиник.

Раньше эта сертифицированная экспертиза проводилась только немногими специалистами, а сегодня этой технологией владеют очень многие коллеги. А научиться владеть ею молодые коллеги могут только под руководством опытного старшего врача. Сердечная медицина меняется быстро и постоянно. Анестезиологи должны соответствовать этим изменениям, и у нас это получается. Например, к этому относится наша программа *Fast-Track*, над усовершенствованием которой мы работали в 2016 году.

- В чем она заключается?

- Программа *Fast-Track* направлена на то, чтобы пациенты в специальном послеоперационном помещении получали интенсифицированную терапию, позволяющую им как можно быстрее проснуться и начать самостоятельно дышать. Чем раньше это происходит, тем быстрее в большинстве случаев пациенты выздоравливают и часто сразу переводятся в обычное отделение. Это уже имеет место, например, очень часто при транскатетерных имплантациях сердечных клапанов.

- Появилась ли новая техника?

- В 2016 году в операционном зале и отделении интенсивной терапии были установлены 22 новые системы мониторинга. Измеряя двустороннюю электрическую активность головного мозга и так называемое «региональное» насыщение кислородом, они позволяют нам более эффективно наблюдать за пациентами во время и сразу после операции.

- В прошлом году мы говорили о «горячей линии по заболеваниям аорты» в Кардиоцентре, с помощью которой предполагалось улучшить диагностику и ускорить хирургическое лечение диссекции аорты тип А, опасной для жизни. Эти надежды оправдались?

- Полностью. Пару слов о предыстории: Диссекция аорты типа А – это отделение внутреннего слоя стенки восходящей аорты с риском снижения кровоснабжения жизненно важных органов и соответствующей острой опасностью для жизни. Коварность этого заболевания состоит в том, что симптомы относительно легко можно перепутать с симптомами инфаркта миокарда. При этом медикаменты экстренной помощи при инфаркте абсолютно противопоказаны при расслоении аорты.

- С летальным исходом?

- В худшем случае – да. Мой коллега Штефан Курц и его рабочая группа проанализировали более 1600 историй болезни и пришли к однозначному результату, что расслоение аорты встречается значительно чаще, чем предполагалось ранее. В Берлине и Брандербурге мы исходим из более 700 случаев в год. Многие из них не выживают, потому что диагноз достоверно устанавливается слишком поздно, и транспортировка в Кардиоцентр происходит недостаточно быстро. Мы решили это изменить. И нам это удалось.

«Горячая линия по заболеваниям аорты» работает 24 часа и предназначена для служб спасения, которым она предоставляет поддержку при диагностике, первой помощи и транспортировке. Одновременно мы разработали и опубликовали стандартные процедуры, с помощью которых ускоряется и первая помощь на местах, и подготовительная фаза здесь в Кардиоцентре. Таким образом, нам удалось увеличить число пациентов, которым в 2016 году проводили операцию по поводу расслоения аорты, на 70%.

- Теперь Вы собираетесь почивать на лаврах?

- Даю гарантию, что нет. Во-первых, мы отдаем себе отчет в том, что надо улучшать наше сотрудничество с коллегами в регионах по вопросам первой помощи при диссекции аорты типа А. Во-вторых, мы собираемся внедрять стандартизированный порядок госпитализации в Кардиоцентре также в и случаях диссекции аорты типа Б. Она протекает не так остро, но и в этих случаях пациенты смогут воспользоваться плодами оптимального менеджмента стационарно.