

Мой ответ на запрос текущей ситуации – многопрофильность

Директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», академик РАН, председатель правления Российского кардиологического общества, главный кардиолог Санкт-Петербурга, профессор Евгений Шляхто

Ольга Островская



Летом прошлого года попечительский совет Центра им. В.А. Алмазова, который возглавляет Валентина Матвиенко, принял решение о создании на базе Центра научно-образовательного медицинского кластера «Трансляционная медицина». Практически в это же время Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии меняет свое название на ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова».

На февральском научном собрании Северо-Западного отделения РАН руководитель Центра им. В.А. Алмазова в своем докладе, посвященном будущему российской науки, был весьма категоричен, заявив, что в жестких экономических условиях «выживет сильнейший». Возможно, именно многопрофильность учреждения – вариант выживания «по рецепту» Шляхто?

Почти 30 лет назад вы возглавили НИИ кардиологии – теперь в название этого же учреждения нет каких-либо ограничений в медицинской специализации: сегодня Центр им. В.А. Алмазова – многопрофильное учреждение.

Действительно, НИИ кардиологии был монопрофильным учреждением. Но по мере того, как мы сталкивались с все более сложными пациентами («легкие» ведь на лечение в НИИ не направлялись), мы понимали, что один кардиолог часто не в состоянии помочь больному, у которого было много сопутствующей патологии, и в первую очередь диабет. Было очевидно, что нужны мультидисциплинарные команды врачей. И сегодня у нас только по высокотехнологичной медицинской помощи 23 профиля.

Больному все равно, где лечиться. Главное для него – получить помощь в полном объеме и высокого качества, а если она оказана еще и в одном месте, где есть этапность ле-

чения и преемственность между врачами разных специальностей, то это вообще замечательно! Получается, что многопрофильность – ответ на запрос текущей ситуации.

Пример успешности этой программы – наш перинатальный центр, где мы оказываем помощь и мамам с серьезными проблемами здоровья, и новорожденным, которые, родившись у нас, могут в любое время

обращаться к нашим же специалистам за помощью. В стране есть проблемы с рождаемостью, и 97% пациенток поступают к нам с осложнениями. Этим женщинам раньше вообще бы не разрешили иметь ребенка! Сейчас они сразу встают на учет и наблюдаются. Наш перинатальный центр радикально изменил отношение к проблеме беременных женщин с патологией – как среди работающих здесь, так и в стране в целом. Ситуация кардинально поменялась. Но мы были первыми.

К сожалению, часто проблемы здоровья у беременных связаны не только с сердечной патологией: все чаще мы сталкиваемся с развитием во время беременности злокачественных опухолей. В этой ситуации важно спасти женщину, не навредив при этом ее ребенку. Каждый такой случай – отдельная история: либо сначала проводится операция, а потом родоразрешение, либо оказывается помощь женщине, она донашивает малыша, а лишь затем удаляется опухоль и назначается химиотерапия.

Важно, что все происходит в одном месте и за одну государственную квоту. Не нужно отдельно финансировать каждый этап оказания помощи и не надо больного «мотать» по разным учреждениям. Я убежден, что пациент после операции должен проходить в том же учреждении и этап госпитальной реабилитации. Мы в центре это сделали и показали возможность экономии на ка-



ждом больном до 25% средств. Еще нужен санаторный этап реабилитации, чтобы часть больных мы могли бы прямо из стационара переводить в санаторий. Правда, это пока моя мечта – нужны инвестиции на строительство.

Но когда я, выступая перед учеными Петербурга, сказал, что выживет сильнейший, я имел в виду прежде всего науку. Наша клиника имеет высокий международный уровень. 20 тысяч пациентов ежегодно проходят лечение в нашем центре, каждый год мы делаем около 3 тысяч открытых операций на сердце, более 2 тысяч стентирований, 2 тысячи операций при нарушениях ритма, десятки трансплантаций. Мы установили два уникальных роботизированных комплекса: один – знаменитый «Да Винчи», второй – по лечению нарушений ритма сердца.

За последние десять лет в систему отечественного здравоохранения были инвестированы гигантские деньги. Я недавно был в крупнейшем европейском кардиологическом госпитале, и поверьте, по оснащению он проигрывает в сравнении с нашими новыми центрами. Скажем, с открытым недавно в Калининграде. И он не единственный – таких в стране теперь десятки. При этом показатели лечения у наших врачей тоже ничуть не хуже, чем у европейских или американских коллег. Практически в любом центре: в Астрахани, в Пензе, в Красноярске – везде работают высокие профессионалы.

Наверное, надо определить, сколько в стране нужно таких центров, и четко представлять уровень их компетенции и их возможности – материальные и кадровые. Есть уровень вмешательств, которые должны делаться в регионе, но, допустим, всех детей из

сялся 0,02, сейчас он – за два года – вырос в 25 раз, но 0,51 – это тоже несерьезно.

Когда мы приняли в прошлом году решение о создании на базе центра научно-образовательного медицинского кластера, мы думали как раз о том, что для конкретных потребностей практического здравоохранения в новых лечебно-диагностических технологиях или эффективных лечебных препаратах, для выполнения фундаментальных медико-биологических научных исследований нужна почва.

Инфраструктура для выполнения этих задач в высокотехнологичном медицинском центре есть: есть кадровый потенциал, специализированный коечный фонд, современная диагностическая аппаратура. Для инфраструктуры, позволяющей проводить доклинические и клинические исследования новых продуктов, мы в этом году планируем открыть Центр экспериментальной медицины. Необходимо быстро внедрять научные результаты в широкую медицинскую практику. Собственно для этого и придумана в мире так называемая трансляционная медицина.

Тормозом на этом пути мне видится даже не столько низкое финансирование науки, сколько явно неидеальное последипломное медицинское образование. Подготовка кадров – уже давно моя главная головная боль.

Возможно, именно отсутствие денег в науке делает ее непривлекательной для молодых? Молодежь сегодня pragmatична...

Конечно, нехватка средств очевидна. Сегодня у нас наука – грантовая и бюджетная. Внебюджетного финансирования, участия бюджета почти нет. Но во всем мире львиная

часть средств на науку выделяется как раз из бюджета. Если в 2015-м году нас всех переведут на одноканальное финансирование через систему ОМС, то для центра, где идут серьезные научные исследования, где клиники – это необходимое условие выполнения трансляционных исследований, могут наступить не лучшие времена. Ведь в тарифах по ОМС не будет предусмотрена оплата инфраструктуры учреждения: лабораторных корпусов, оборудования для научных исследований, вивария с животными...

Но совершенно точно могу сказать, что участие федеральных клиник в системе ОМС – это стопроцентная гарантия высокого качества помощи и страхования своего пациента: если при лечении, например, острого коронарного синдрома случится осложнение, то сотрудники центра сделают все, чтобы спасти больного. А что будет в клинике маленькой и частной? Которая заявила, что у них «тоже есть ангиограф» и они хотят оказывать помощь при остром коронарном синдроме? При возникновении осложнения или случая, который им кажется сложным, они советуют больному обратиться в... Центр Алмазова.

Так, может быть, не стоит размазывать масло тонким слоем по всем «сестрам»? Лучше решить, что нам сегодня нужнее и где по-

мощь оказывается эффективнее. А эффективнее она будет прежде всего там, где как раз и есть наука! И если обучение в лечебном учреждении станет обязательной составной частью его деятельности, то это будет уже совершенно другая ситуация.

У нас в Алмазовском шесть институтов и почти 4 тысячи сотрудников. В нашем симуляционном центре, на оборудование которого мы потратили около 40 млн рублей, каждый год учатся сотни курсантов: прием родов, проблемы новорожденных, реанимация, детские болезни... Каждый симулятор – сложнейшее устройство, фактически робот, где моделируются разные ситуации. Конечно, это дополнительная работа для наших научных сотрудников, но им интересно, и тогда приходится искать внебюджетные средства, чтобы компенсировать их труд. Сегодня это уже стало госзаданием, поскольку в прошлом году мы открыли институт послевузовского образования и профильные кафедры.

Хочется создать научно-клинический образовательный кластер, который будет работать по всем законам трансляционной медицины, то есть мы будем создавать знания, технологии и быстро транслировать их в практику. А это уже не только клиника, наука, это еще и опытное производство: клинические исследования на животных, биобанки, центры трансферта технологий и биоинформатики. Трансляционная медицина – это другое мировоззрение.

Не только многопрофильность – ответ на вызов времени, но и интеграция, в первую очередь, для науки. Мы должны быть конкурентоспособными, в конце концов. Я с грустью смотрю, когда открывается большое количество маленьких кафедр: шесть-



восемь человек – вот уже и кафедра. Да, они могут заниматься хорошим образованием, но если говорить об участии маленьких подразделений в научных исследованиях, то это уже сложнее. Я сторонник крупных конкурентоспособных подразделений, где образование базируется на серьезной научной основе. Идея, родившаяся на том собрании Северо-Западного отделения РАН, о создании научно-образовательного кластера Петербурга мне очень по душе.

Но не звучит ли двусмысленно в медицине слово «конкуренция»: все еще малы объемы оказания высокотехнологичной помощи россиянам, очереди на ее получение делятся месяцами?

Для меня совершенно очевидно, что из российских федеральных центров «выживают» не все: останутся лучшие из них. Дело ведь не в количестве медицинских услуг, а в их качестве. И движение сегодня идет в правильном направлении – главное, с какой скоростью.

Вот все переживают по поводу реформы РАН. Но ведь о необходимости реформы раньше не говорил разве что совсем ленивый. Что сегодня не устраивает в проводимой реформе? Что у нас, ученых, забрали несвойственные нам функции? Но подобное разделение уже отчасти реализовано в системе Минздрава, многие отделы которого помогают нам выполнять наши хозяйствственные функции. И это правильно: нам лучше тратить свои силы и время на науку и клинику...

Очереди у нас сегодня на госпитализацию – полтора-два месяца, но этого времени как раз хватает, чтобы планово оформить необходимые документы. Около 60% наших пациентов – из Санкт-Петербурга, в перинатальном центре – 40%. Остальные – из всех уголков страны.



Недавно мы сделали открытие: поток к нам в ординатуру по кардиохирургии снизился! Это значит, что потребность в кардиохирургах для взрослых пациентов практически удовлетворена! Сегодня не хватает только детских кардиологов и реаниматологов.

Да не шутите так, пожалуйста. Все знают, что у нас их очень мало...

Для нас это тоже было откровением, но факт налицо: молодежь видит, что кардиохирургу сегодня трудно найти работу, и очевидно, что количественно хирургов не надо наращивать: их и так достаточно сегодня в операционной... Нужно увеличивать их качество, их активность. Не может хирург делать сто операций в год – он должен делать триста операций. Условия для этого есть, нужны деньги и правильная организация.

Я скажу крамольную мысль, но, с моей точки зрения, будущее в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями – вовсе не в стремительном увеличении числа операций. В мире давно доказано, что в них нуждается ограниченное число людей, а эффективность хорошей медикаментозной терапии ровно такая же, как и операционного вмешательства. Только при остром коронарном синдроме нужно оперативно действовать, если же больной – «хронический», его нужно протестировать, сделать ему стресс-эхоКГ, УЗИ и понять, надо ли оперировать человека или ему будет достаточно современной лекарственной терапии. И даже если вы сделаете операцию, но не будете грамотно вести пациента потом, используя опять же оптимальную лекарственную терапию и программу реабилитации, считайте, вы зря выбросили деньги. Правда, проблемой реабилитации, выхаживания пациента пока мы занимаемся мало. На мой взгляд, реабилитационные методы лечения также должны в

Реально ли сохранить достигнутое в клинике при полном переходе на одноканальное финансирование?

Думаю, вполне реально. Надо только не просто «отдать в ОМС», а проследить, куда же ушли деньги. Посмотреть, что сколько стоит, и оптимизировать расходы. Например, сегодня стентирование – даже установка двух стентов – и АКШ стоят одинаково, что явно неправильно. Сегодня обсуждается возможность отдельного финансирования эксклюзивных технологий, что позволит поддержать клиники научных федеральных центров.

Прислушаются ли чиновники к голосу специалистов?

Смотря каким будет этот голос. Вообще, специалисты, их профессиональные объединения – главная сила в мире. И у России сегодня есть законодательная база для реализации широких возможностей профессиональных общественных организаций. Последние постановления Минздрава в этой области, подписанное в Национальной медицинской палате соглашение переводят ситуацию уже в плоскость практических решений. А для меня, как для президента Российского кардиологического общества, это не бизнес-проект: мне было важно, чтобы российские кардиологи были достойно представлены и внутри страны, и за рубежом. Пока у нас только 5 тысяч членов, но все еще впереди. И я верю, что вскоре мы сможем принимать рекомендации по лечению тех или иных заболеваний, базирующиеся как на международном, так и на собственном, российском, опыте.

Эффективность и организация – вот, пожалуй, самые важные задачи для современной российской медицины. А для их решения могут пригодиться слова Вольтера: «Видеть и делать новое – очень большое удовольствие».

197341 Санкт-Петербург,
ул. Аккуратова, д. 2 – клинико-
поликлинический комплекс
194156, Санкт-Петербург,
пр. Пархоменко, д. 15 – лечебно-
реабилитационный комплекс
Тел.: +7 (812) 702-37-06
E-mail: fmrc@almazovcentre.ru
Сайт: <http://www.almazovcentre.ru/>