№ 4 (19) ДЕКАБРЬ 2014

# **16+**

# Healthy Nation

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Николай Брико о том, как победить ИСМП

18

**НЕВРОЛОГИЯ** 

Итоги реализации сосудистой программы

ХИРУРГИЯ

Впервые в России: лобэктомия без общего наркоза

**УВЛЕЧЕНИЕ** 

Новый жанр – психоаналитический детектив

63

ПАМЯТЬ

O создателе казанской школы кардиохирургии

66



Совет от министра здравоохранения РТ: 5 км за 40 минут каждый день [8] Акцент – на профилактику [10] Современный подход к здравоохранению [11] Возможности нового базального инсулина сверхдлительного действия [12] Залог здоровья женской груди [14] Настоящее и будущее госпитальной эпидемиологии [18] Марина Патяшина: «Зарегистрированные ИСМП – лишь верхушка айсберга» [22] В борьбе с «госпитальным штаммом» [24] Безопасность и качество медицинской помощи – стратегическая задача здравоохранения [26] Готовы к любым ситуациям. Инфекционная безопасность Студенческой поликлиники [28] Внутрибольничные инфекции. Есть ли выход? [30] Холера в Казани. Взгляд через десятилетие [33] Золотой стандарт низкотемпературной стерилизации [36] Профилактика ВБИ – в приоритете [38] Идеология безопасности пациента [42] Пять шагов к здоровым суставам [44] Успехи неврологии [47] Новые горизонты [48] Глеб Михайлик: «Частная и государственная медицина – звенья одной цепи» [50] На волне инноваций [52] Мифы о сердечно–сосудистых заболеваниях [54] Японский менталитет [58] Найти верный курс [60] На стыке творчества и психоанализа [63] Путь к сердцу [66]





Представляем инсулин Тресиба®

# СНИЖЕНИЕ НЬА1с ПОД КОНТРОЛЕМ

- Успешное снижение HbA<sub>1</sub>с<sup>1,2</sup>
- Меньший риск ночных гипогликемий в сравнении с инсулином гларгин<sup>1, 2</sup>
- Возможность введения в гибком режиме, 1 раз в сутки<sup>3</sup>





ответственности и этики ведения бизнеса.

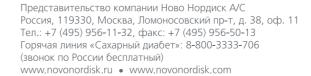
Победа над диабетом — главная цель компании «Ново Нордиск», определяющая всю ее деятельность:

создание инновационных методов лечения, неуклонную приверженность принципам социальной

Один раз в сутки **ТРЕСИБА**<sup>®</sup>

СВЕРХДЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ<sup>3, 4</sup>











# СОДЕРЖАНИЕ CONTENTS

58

60

63

66

Японский менталитет

Найти верный курс

Путь к сердцу

На стыке творчества и психоанализа

8 Совет от министра здравоохранения РТ: 5 км за 40 минут каждый день 10 Акцент – на профилактику Современный подход к здравоохранению 12 14 Залог здоровья женской груди 18 22 В борьбе с «госпитальным штаммом» 24 26

Возможности нового базального инсулина сверхдлительного действия Настоящее и будущее госпитальной эпидемиологии Марина Патяшина: «Зарегистрированные ИСМП — лишь верхушка айсберга» Безопасность и качество медицинской помощи — стратегическая задача здравоохранения Готовы к любым ситуациям. Инфекционная безопасность Студенческой поликлиники 28 30 Внутрибольничные инфекции. Есть ли выход? 33 Холера в Казани. Взгляд через десятилетие Золотой стандарт низкотемпературной стерилизации 36 38 Профилактика ВБИ — в приоритете 42 Идеология безопасности пациента 44 Пять шагов к здоровым суставам 47 Успехи неврологии 48 Новые горизонты 50 Глеб Михайлик: «Частная и государственная медицина — звенья одной цепи» 52 На волне инноваций 54 Мифы о сердечно-сосудистых заболеваниях



**Healthy Nation** 

# НОВОСТИ РЕГИОНОВ 😥



# **© СОБЫТИЯ ТАТАРСТАНА**





# Кировская Саратовская область область

большое количество повторных доноров крови».

## Благодарность за развитие здравоохранения Новогодний подарок от доноров

Благодарность министра здравоохранения РФ объявлена заместителю Председателя

В центре Саратова прошла донорская акция «Подари частичку своего тепла! Правительства Кировской области Дмитрию Матвееву. Вероника Скворцова высоко оценила проекты, реализуемые в региональной медицине, в частности, программу возведения модульных фельдшерско-акушерских пунктов, которая позволяет быстро обновить инфраструктуру первичного звена. Одобрение министра получила и областная программа лекарственного страхования, по которой пациенты с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца получают лекарственные препараты всего за 10 % стоимости. 90 % оплачиваются из областного бюджета.

В первой акции «ОНКОпост» приняли участие более тысячи жителей Зуевского и Фаленского районов Кировской области. Её основная цель - скрининг населения, направленный на выявление онкопатологий и их факторов риска. Более 40 врачей проводили общий осмотр кожных покровов, лимфатических узлов, щитовидной железы; женщин осматривали маммологи и гинекологи, мужчин - хирурги и урологи. При наличии показаний пациенты направлялись на дополнительные обследования или консультации специалистов онкодиспансера. У ЦРБ работали передвижные флюорографы и маммографы Кировского областного диагностического центра.

# ОНКОпост «Майские указы»

Исполнение «майских указов» Президента РФ – безусловный приоритет в работе министерства здравоохранения области. Среднемесячная зарплата работников здравоохранения региона по состоянию на 1 ноября 2014 года составила 18,9 тысячи рублей и увеличилась по сравнению с 2013-м на 7,9 %. По области отмечается положительная динамика по демографическим показателям: за 10 месяцев 2014 года смертность от новообразований по сравнению с прошлым годом сократилась на 1,4 %, от туберкулеза - на 17 %. В целях развития профилактики действуют 14 центров здоровья, в которых в текущем году обследована 131 тысяча человек, у 70 % выявлены

Сделай новогодний подарок!». На преширковой плошади с утра до вечера работал

передвижной молуль Центра крови. Всего в акции приняли участие 120 человек

которые сдали 54 литра крови. Самое активное участие в ней приняли студенты

саратовских вузов. узнавшие о проведении акции из социальных сетей, а также

Данилов отметил: «Только такая ежедневная работа помогает нам поддерживать

простые горожане. Комментируя акцию, министр здравоохранения области Алексей





# Пензенская Республика область Марий Эл

# 10 тысяч шагов Именные стипендии

Именно столько занимает путь к здоровью. Такое утверждение было высказано на круглом столе «Межсекторальное взаимолействие в области профилактики и лечения сахарного диабета». Занимаясь всего лишь два дня в неделю по одному часу, сделав 10 тысяч шагов, каждый из нас сможет победить свои недуги, улучшая состояние сердечно-сосудистой системы, уменьшая риск развития хронических неинфекционных заболеваний. «Только объединив усилия государства, медицины, общественности, социально ответственного бизнеса. СМИ, мы сможем помочь каждому человеку сделать правильный выбор». - заявил вице-президент «Лиги здоровья нации» Николай Кононов.

Уникальная операция проведена в рамках Всероссийской научно-практической конференции офтальмологов «Рефракция-2014». Главный врач областной офтальмологической больницы Рашид Галеев провёл в режиме онлайн имплантацию в один глаз сразу двух объёмозамещающих хрусталиков, разработанных в Пензе. Пациентка с высокой степенью близорукости, астигматизмом, дистрофией сетчатки и катарактой была прооперирована всего за 15 минут. На следующий день она уже продемонстрировала результат перенесённого хирургического вмешательства, прочитав семь строчек в таблице Сивцева - Головина.

### Два хрусталика — в один глаз Диспансеризация продолжается

Из запланированных 108 тысяч человек за 10 месяцев 2014 года осмотрены более 84 тысяч (78 %). Здоровыми признаны 26 %, имеющих факторы риска - 22,5 %, заболевания обнаружены у 51 % осмотренных – свыше 43 тысяч. На дополнительное обследование отправлены 12 367 человек. Среди выявленных заболеваний на первом месте – болезни системы кровообрашения, на втором – органов пишеварения, на третьем - болезни эндокринной системы. У 199 человек определены злокачественные опухоли. 4 272 имеют повышенное артериальное давление, 707 - сахарный диабет, 1 215 - ишемическую болезнь сердца.

27 лучших студентов Йошкар-Олинского медицинского колледжа каждый месяц

будут дополнительно получать по 2 тысячи рублей. Стипендии имени известных

фармацевтическими организациями региона. В наступившем учебном году ещё

несколько организаций учредили свои стипендии: Йошкар-Олинская городская

больница ввела стипендию имени бывшего главврача Н.И. Васина, Сернурская

«Юнимед» - имени бывшего главного врача - лаборанта республики Л.П. Шрага

центральная районная больница - имени бывшего главврача С.А. Решетникова, фирма

организаторов здравоохранения республики учреждены медицинскими и

Материалы предоставлены пресс-службами Министерств здравоохранения Саратовской, Пензенской областей, Республики Марий Эл, Департамента здравоохранения Кировской области

# Госпремия – за вклад в здравоохранение



Президент PT Pvcтам Государственные премии Республики Татарстан в области науки и техники. За работу «Разработка и применение методов магнитно-резонансной томографии в медицинской диагностике» почётную

награду получил коллектив авторов - представителей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Казанского (Приволжского) федерального университета, Республиканской клинической больницы № 2, Межрегионального клинико-диагностического центра, Казанского государственного медицинского университета, Университетской клиники г. Фрайбурга (Германия). Также Государственную премию РТ получил коллектив Института органической и физической химии им. А.Е. Арбузова Казанского научного центра РАН за работу «Создание методологии синтеза новых классов макроциклических соединений - основы лекарственных средств нового поколения»

# **ДРКБ МЗ РТ признана совершенством**



Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ получила сертификат EFOM «Признанно совершенство», 5 звёзд Татарстанская клиника стала единственным от России победителем Х Международного турнира по качеству стран Центральной и Восточной Европы в номинации «Большие предприятия» за достижения в сфере качества. «Победа, которую одержала ДРКБ, - это труд каждого сотрудника.

от санитарки до профессора. Только их старания, сплочённость и желание выполнить свою работу на совесть позволили стать обладателями столь престижной премии. Без эффективных управленцев невозможна ни одна модернизация», - подчеркнул министр здравоохранения РТ Адель Вафин на брифинге в ИА «Татар-информ», посвящённом этому событию

# Медучреждения стали доступнее



реализации Республиканской программы «Доступная среда» в 2014 году было отремонтировано 33 учреждения здравоохранения. Проведены работы по обустройству парковочных мест, адаптации входной группы, установке специализированного оборудования внутри ЛПУ, монтажу лифтов и подъёмников, подготовке санитарно-гигиенических комнат В частности недавно более доступной для маломобильных пациентов стала Верхнеуслонская ЦРБ После ремонта здесь была введена в строй лифтовая шахта. обустроены санитарный узел хирургического отделения и входные группы стационара

# Педиатрия и детская хирургия в ПФО



Российская конференция с таким названием традиционно прошла в Казани в начале декабря. Организаторами форума выступили Министерство здравоохранения РТ, ДРКБ МЗ РТ, КГМУ. Форум является площадкой для обмена профессиональным опытом специалистов в сфере детского здравоохранения. В работе конференции приняли участие более 200 руководителей детских учреждений ПФО, ведущих экспертов в области педиатрии из России и зарубежных стран. В рамках форума прошли образовательные школы и семинары для врачей.

# К вопросу репродуктивного здоровья



В Казани прошёл IV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России. Здоровье женщины — здоровье нации. Казанские чтения». Мероприятие собрало более четырёх тысяч участников из России и зарубежья. На протяжении трёх лней специалисты и практикующие врачи обсуждали актуальные вопросы репродуктивного здоровья, проводили разборы клинических случаев. мастер-классы, читали доклады, посвящённые вопросам эндокринной гинекологии, органосохраняющих техник, современным трендам родоразрешения и различным инфекциям в гинекологии.

# Мировые клиники – в Татарстане



В рамках Международной выставки «Лечение в России и за рубежом» свои услуги представили более 40 медицинских центров и клиник из Австрии, Венгрии, Израиля, Германии, Греции, Испании, России, Турции, Швейцарии и Южной Кореи. Мероприятие было поддержано Минздравом РТ. Торгово-промышленной палатой РТ. Турецкой ассоциацией медицинского

туризма и Ассоциацией врачей медицинского туризма. Организатором выступила Выставочная компания «ОПТИМА ЭКСПО». В церемонии официального открытия выставки приняли участие: Сергей Осипов, первый заместитель министра здравоохранения Татарстана, Чжан Ен Ун, официальный представитель Министерства здравоохранения и благосостояния семьи Республики Южная Корея, Эмин Чакмак, глава правления Турецкой ассоциации медицинского туризма, и другие почётные гости. Зарубежные участники представили весь спектр медицинских услуг: от общей диагностики до онкологии, нейрохирургических операций, гинекологии и т.п.



# Приоритеты развития

Считаю, что у нас есть все основания уже в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой качественной динамики в снижении смертности. В этой связи предлагаю объявить 2015 год Национальным годом борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями, которые являются основой причиной смертности сегодня...

Владимир Путин (Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 04.12.2014 г.)



# Совет от министра здравоохранения РТ:

5 км за 40 минут каждый день

В Татарстане причина 52 % смертей — сердечно-сосудистые заболевания.

Министр здравоохранения РТ Адель Вафин в середине января в ходе еженедельного совещания сообщил о старте комплексной программы, которая будет реализована в 2015 году, объявленном Президентом РФ Владимиром Путиным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). После чего глава ведомства подробно рассказал о том, какие меры по снижению ССЗ предприняты в республике, а также каков бюджет заявленной программы.

# «МЫ ДОЛЖНЫ ЗАНИМАТЬСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ»

Руководитель министерства здравоохранения республики Адель Вафин сообщил, что показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в РТ составляет 52,7 %. В развитых

странах этот коэффициент гораздо ниже.

Сейчас Минздрав РТ разработал новую стратегию профилактики, которая включает в себя масштабную информационнокоммуникационную кампанию по осведомлению, и самое главное, по мотивации к здоровому образу жизни. «Наши усилия бу-

дут направлены в этом году именно на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Есть руководство, которое помогает понять, какие есть факторы риска, и как можно изменить образ жизни, — рассказал А.Ю. Вафин. — Сегодня абсолютно доказано, что самая современная медицина, самые современные технологии могут снизить смертность только в пределах 20 %. Основное здоровье населения на 50–55 % зависит от образа жизни, привычек, питания, физической активности».

Руководство существует в бумажном виде. А по распоряжению президента республики Рустама Минниханова его разместили и на сайте Правительства РТ. «Нужно, чтобы оно было донесено до всех муниципальных образований, чтобы информация об основных факторах риска зашла в каждый дом, в каждый трудовой коллектив, что позволит заниматься профилактикой, — заявил Вафин. — Мы должны заниматься повышением эффективности профилактических программ, внедрять новые технологии медицины, чтобы убедить человека как можно скорее сегодня проверить своё здоровье, и самое главное, чтобы он был мотивирован изменить свой образ жизни».

### ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

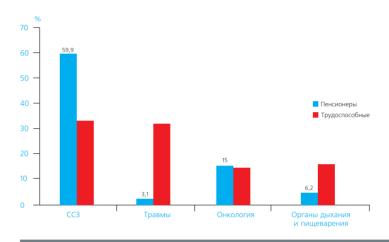
По словам министра, если проанализировать данные Всемирного банка, и посмотреть на основные факторы риска в России — это артериальная гипертензия, повышенное артериальное давление и повышенное содержание холестерина в крови, которое в нашей стране в 2,5 раза превышает его распространённость в ведущих европейских странах.

«Это связано с нашим питанием, у нас низкое потребление фруктов и овощей. Мы замещаем это большим количеством мясного, мучного, жирного, — пояснил глава ведомства. — Потребление овощей и фруктов встречается в России почти в 6 раз меньше, чем за рубежом. Обращает внимание на себя и ожирение.

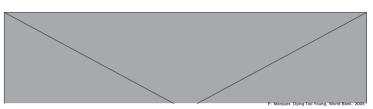
лось снизить смертность от ишемической болезни сердца, которая в последующем приводит к инфаркту миокарда. На 24 % успех был обусловлен массовой пропагандой рационального питания и снижения холестерина. На 20 % — контролем артериального давления, на 12 % — от-

Для реализации всей кампании потребуется несколько десятков миллионов рублей. На информирование населения, на оснащение соответствующим оборудованием бюджет всех мероприятий может составить порядка 30–40 миллионов. «Около 20 миллионов руб. дополнительно в этом году

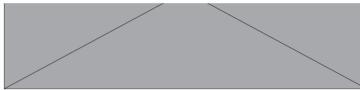
### Сравнительная характеристика причин смертности в трудоспособном и пенсионном возрасте в РТ



# Вклад основных факторов риска в смертность населения



Распространенность факторов риска в России



Низкая физическая активность в 4,5 раза чаще встречается у нас как фактор риска. И, конечно, не остается не замеченным потребление соли. В последнее время появились данные экспертов Всемирной организации здравоохранения, которые снижают рекомендуемое суточное употребление соли до 3 г в сутки».

При формировании стратегии был учтён опыт ведущих мировых держав — США и европейских стран. В Америке уда-

казом от курения, на 5 % — повышением активности. «Исходя из этого, мы расставили свои акценты — снижение уровня холестерина и контроль одновременно. Этот год мы будет заниматься вопросами профилактики артериальной гипертензии и профилактики атеросклероза, — рассказал Вафин. — В республике на сегодняшний день таких больных 350 тысяч

мы планируем направить на проект «Смарт-ФАПы», на то, чтобы оснастить портативным оборудованием наши новые акушерские пункты, — добавил министр. — Они позволят проводить скрининг артериального давления, сахара, сердечной деятельности, ЭКГ-аппарата и, конечно, функции внешнего дыхания. Будут поставлены спирометры, которые позволят диагностировать заболевание лёгких».

### СОВЕТЫ ОТ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В ходе беседы в нашей редакции министр здравоохранения РТ поделился несколькими советами по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

### 1. ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ

необратимые изменения. Если оно превышает 140 на 90, то сердце начинает работать с высокой нагрузкой и сердечная мышца гипертрофируется точно так же, как бицепс у культуриста. К чему это приводит потом? Сердце перестает справляться с функцией насоса. и падает его способность выталкивать кровь из левого желудочка. Оно выталкивает всё меньше и меньше крови, появляются признаки сердечной недостаточности - одышка, отёки. А всё начиналось с давления, которое можно было предотвратить. Одна таблетка гипотензивного препарата с утра, которая снизит артериальное давление, позволит предотвратить формирование таких изменений. И очень важно подобрать адекватную терапию, разные препараты имеют различное влияние. Необходим артериальный контроль. поэтому хорошо, если человек ведёт свой дневник. куда фиксирует давление, которое он измерил утром

Есть уровень давления, при котором начинаются

«Мы планируем, что каждый человек, у которого будет зафиксировано повышенное артериальное давление, получит в лечебном учреждении, в поликлинике или в стационаре дневник самоконтроля. – рассказал Вафин. — С ним он будет выписан и начнёт утром и вечером фиксировать своё давление для того, чтобы на следующий приём к врачу прийти с диагностической информацией, которая позволит откорректировать лекарственную терапию».

### 2. КОНТРОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНА И САХАРА

Что ещё важно, чтобы сердце работало стабильно, устойчиво и выполняло свою функцию насоса? Важно состояние сосудов. Если они поражены атеросклерозом, то сосудистая стенка теряет свою эластичность, и ситуация усугубляется.

Что важно для профилактики атеросклероза? Значительно быстрее возникает сердечно-сосудистое заболевание при повышенном сахаре в крови. И если мы хотим предотвратить возникновение ССЗ, важно контролировать сахар. Особенно для лиц с избыточным весом. Есть прямая зависимость между избыточным весом и уровенм артериального давления. Формулы по типу «к возрасту прибавить 100, и это нормальный уровень артериального давления» — глупость.

«Есть понятие как индекс массы тела, и нормальный индекс массы тела высчитывается по соответству ющей формуле, которая включает в себя показатели роста и веса. Вес берётся в числителе, рост в квадрате в метрах в знаменателе, и получаем индекс массы тела. Нормальный показатель этого индекса массы тела от 18,5 до 24,9. Нужно стремиться, чтобы ваш индекс массы тела попал в эти пределы. Натощак с утра сахар не должен превышать 5,5 ммоль/л».

# 3. КОНТРОЛЬ ВЕСА

Чтобы снизить вес и поддерживать его в норме, важна физическая активность. Необходимо тренировать своё сердце, сосуды. Здесь могут быть разные подходы, всё полезно. Снег убирать полезно, в хоккей играть полезно, на лыжах кататься, плавать. Но в современном мире для человека, который много работает, самая простая рекомендация — это +5 км в день пешком, и пройти их надо за 40 минут. «Это хороший темп — в секунду 2 шага. Прогулка пешком позволяет отключиться от каких-то рабочих моментов и дать умеренную нагрузку для своего сердца», — рассказал министр.

lo материалам сайта www.business-gazeta.ru дан в сокращении







# **Акцент** – на профилактику

Здоровый образ жизни стал одной из главных тем Международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения-2014», традиционно проходящего в Москве в начале декабря.

Пожалуй, самое масштабное в нашей стране конгрессно-выставочное мероприятие в сфере охраны здоровья «Российская неделя здравоохранение-2014» включила в себя V Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь», XVI Ежегодный научный форум «Стоматология-2014», IX Международную научную конференцию «СпортМед-2014» и другие крупные мероприятия. В экспозиции площадью 55 тысяч кв. м свои новейшие разработки в области медицины, оборудования и техники, фармакологического производства, диагностики и профилактики заболеваний, реабилитации продемонстрировали более 1000 компаний из всех регионов России и 42 стран мира.

Особое внимание участники форума уделили вопросам, связанным с развитием отечественной системы медицинской профилактики, а также все возрастающей роли Центров здоровья. Они обсудили пути реализации поставленной Президентом РФ задачи сделать 2015 год Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Главный специалист по профилактической медицине Минздрава России Сергей Бойцов, в частности,



# ЦИФРЫ

Здоровье людей более чем на 50 % зависит от образа жизни и только на 10-15 % – от таких факторов, как состояние окружающей среды, генетика и здравоохранение.

отметил, что несмотря на то, что общая смертность снижается, треть всех смертей приходится на людей моложе 55 лет. Поэтому необходимо выявлять риски заболеваний на ранних стадиях, особенно у мужчин. В связи с этим совершенствование работы Центров здоровья и формирование здорового образа жизни являются приоритетными задачами отечественного здравоохранения.

По итогам работы V Международного форума «За здоровую жизнь» была принята резолюция с практическими рекомендациями Федеральному Собранию РФ, Правительству РФ, Министерству здравоохранения РФ, органам исполнительной власти субъектов РФ и профессиональным медицинским обществам, а также субъектам предпринимательской деятельности и бизнес-ассоциациям. Как подчеркнул первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, академик РАН Николай Герасименко, для изменения ситуации с отношением к собственному здоровью в стране необходимы консолидированные усилия всех перечисленных структур.

Как отметил вице-президент РАН Иван Дедов: «Наука – визитная карточка государства, нации, основной ресурс и историческая перспектива!» В рамках выставочной программы Российской недели здравоохранения это подтвердили множество разработок российских учёных, таких как, например, медицинский тактильный эндохирургический комплекс, который позволяет хирургу при торакоскопических и лапароскопических операциях не только видеть ткани, но и прощупать их. Также в настоящее время идут работы по созданию автоматизированного диагностического и лечебного комплекса поддержания жизнедеятельности человека.

# Современный подход

к здравоохранению



В середине октября в Казани уже в 19-й раз прошла международная выставка «Индустрия здоровья. Казань». В ней приняли участие более сотни компаний со всей России и из-за рубежа. В её рамках прошли Дни французского здравоохранения в Татарстане, которые дали возможность специалистам республики поближе познакомиться с опытом одной из наиболее успешных в этом плане стран Европы.

«Выставка не случайно называется «Индустрия здоровья», поскольку Татарстан – один из немногих регионов, которые очень активно внедряют высокие медицинские технологии, — сказал министр здравоохранения РТ Адель Вафин в своём приветствии. — Определённые успехи достигнуты, и сегодня перед нами стоит задача определить, какими ресурсами, методами и подходами мы будем в дальнейшем снижать смертность населения. Формат выставки позволяет создать площадку для обмена новейшими технологиями».

Стоит отметить, что традиционно выставка является не только площадкой для экспозиции медицинского оборудования и материалов, но и местом, где обсуждаются последние тенденции в отрасли. Здесь прошли научно-практические конференции: «Реализация федеральных национальных программ в области радиологии», «День гастроэнтеролога», «День онколога», круглый стол «Актуальные вопросы медикопсихологической и психотерапевтической помощи» и другие.

Одним из ключевых мероприятий стали Дни здравоохранения Франции в Республике Татарстан. Министр-советник посольства Франции в России Элизабет Пюиссан:

# ЦИФРЫ

- Выставка «Индустрия здоровья. Казань» прошла в **19**-й раз.
- В ней приняли участие
   119 участников из 14 регионов России.
- В экспозиции была представлена продукция компаний из 23 стран мира.
- В выставке приняли участие более полутора десятков медучреждений Татарстана, посетители могли получить бесплатные консультации, пройти обследования и определить риск развития





«Между Францией и Российской Федерацией существует давняя, начавшаяся еще в XVII веке, традиция сотрудничества в области медицины. И стремление развивать её обоюдно – в плане профилактики заболеваний и лечения, а также разработки медикаментов, обучения в области высоких технологий. Взаимовыгодный характер этого сотрудничества признан как в политическом плане, так и в экономическом, научном и общечеловеческом. Наша задача расширять его – на уровне общественных организаций, а также частного бизнеса».

Актуальность такого партнёрства в сложившейся в настоящее время на международной арене политической ситуации отметил и Адель Вафин: «Хочу поблагодарить производителей, в условиях санкций мы подтверждаем, что медицина не имеет границ, она — вне политики. Для нас самый главный приоритет — это пациент, и в его интересах мы используем лучшие мировые практики». Глава министерства обозначил направления, которые представляют наибольший интерес для медиков республик, — это, в первую очередь, профилактика и реабилитология.





Возможности нового базального инсулина сверхдлительного действия деглудек (Тресиба®) у больных

Владимир КУДИНОВ, Мария НИЧИТЕНКО, Ростовский государственный медицинский университет

с сахарным диабетом 1 и 2 типа

Несмотря на стремительное развитие диабетологии. разработку и появление новых, современных сахароснижающих препаратов, около 40 % пациентов не достигают целевого уровня гликемии.

стороны пациента, так и со стороны врача [1]. Результаты исследования DAWN2 (Diabetes Attitudes Wishes and Needs-2. «Диабет: отношение, желания и потребности») также показали, что гипогликемии и увеличение веса вносят существенный вклад в формирование бремени Особенно это касается пациентов с лиабета у большинства больных (75 % и сахарным диабетом (СД) 2 типа. Воз-90 % пациентов с СД 2, 54% и 88% можными причинами этого являются: при СД 1 типа, соответственно) [2]. несвоевременность назначения инсулинотерапии, неадекватность её оптимизации и интенсификации и недостаточная приверженность пациентов режиму. [3]. Причинами гипогликемий могут По данным международного опроса GAPP2 (Global Attitudes of Patients and Physicians-2, «Глобальное отношение

инсулинов с высокой вариабельностью и недостаточно плоским профилем действия, который не совпадает с профилем физиологической секреции инсулина [4, 5]. Внедрение базальных аналогов инсулина (гларгин, детемир) позволило преодолеть многие трудности на пути достижения успешного контроля гликемии. Тем не менее даже использование этих «традиционных» современных инсулинов длительного действия, ассоциирующихся с существенным снижением риска гипогликемий по сравнению с инсулином НПХ, полностью не решило эту проблему. Кроме того, достаточно большое число пациентов, получающих базальный инсулин (в монотерапии или в комбинации с прандиальным инсулином), вынуждены вводить его два раза в день.

гипогликемий, а также использование

Компания «Ново Нордиск» разработала новый базальный инсулин сверхдлительного действия деглудек (Тресиба®), который успешно справляется с решением перечисленных выше задач. В отличие от предшествующих базальных аналогов период полувыведения (11/2)

24 часов [8]. Это связано с уникальной химической структурой молекулы инсулина леглулек (рис. 1), способствующей формированию в подкожной клетчатке стабильных мультигексамеров, и очень мелленным всасыванием из места инъекции постепенно отлеляющихся от этой мультигексамерной цепочки мономеров инсулина. В результате длительность действия инсулина деглудек (Тресиба<sup>®</sup>) превышает 42 часа [9, 10], что позволяет сократить количество инъекций базаль-

подтвердили результаты специально спланированного метаанализа клинических исследований третьей фазы [15]. Последующий ретроспективный анализ также показал, что при базальной терапии инсулином деглудек у пациентов с СД 2 типа риск тяжёлых гипогликемий на 86 % меньше, чем при использовании инсулина гларгин [15]. Преимущество терапии инсулином деглудек также подтверждено у больных СД 2 типа, нуждающихся в применении высоких доз базального

зить риск всех и особенно ночных гипогликемий и улучшить прогноз у больных с СД 1 и 2 типа. в том числе с высоким риском гипогликемии (при вариабельном течении СД, в пожилом возрасте, длительном анамнезе диабета, с частыми и/ или повторяющимися эпизолами гипогликемии. большим стажем инсулинотерапии, наличием поздних осложнений и др.). Кроме того, возможность достижения успешного контроля гликемии при использовании более низких доз инсули-

Des(B30) LysB29(y-Glu Nɛ-hexadecandioyl) человеческий инсулин

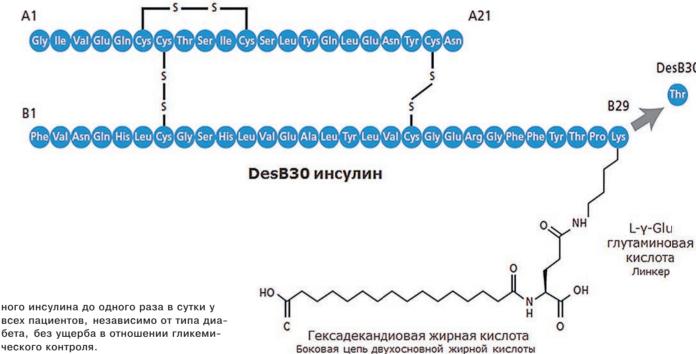


Рис. 1. Первичная структура инсулина деглудек

всех пациентов, независимо от типа диабета, без ущерба в отношении гликемического контроля.

Даже при увеличении интервала между очередными инъекциями (до 40 часов в исследованиях с гибким дозированием инсулина) деглудек обеспечивает стабильный профиль сахароснижающего эффекта в течение суток как при СД 1 типа, так и при СД 2 типа. Более того, при достижении равновесного состояния (на 2-3 сутки после начала введения один раз в день) инсулин деглудек (Тресиба®) обладает стабильным, ровным профилем действия: вариабельность его в четыре раза ниже, чем у инсулина гларгин [10, 11].

В клинических исследованиях третьей фазы (программа BEGIN), выполненных в дизайне с лечением до достижения целевого уровня гликемии у пациентов СД как 1 типа, так и 2 типа, инсулин деглудек показал возможность достижения необходимых целей гликемического контроля. при более низком риске подтверждённых гипогликемий, в том числе в ночное время, в большинстве случаев при использовании меньших доз [12, 13, 14]. Данные отдельных исследований убедительно

инсулина (> 60 ЕД/день) для достижения целевого НЬА1с [16]. Кроме того, исследования с гибким дозированием инсулина деглудек показали возможность изменения времени введения инсулина (с интервалом между очередными инъекциями от 8 до 40 часов) без ущерба для гликемического контроля и риска гипогли-

Инсулин Тресиба<sup>®</sup> одобрен к применению для лечения СЛ 1 типа и 2 типа v взрослых пациентов в России, большинстве стран Европы, Японии, Мексике, Индии и других странах. Можно с уверенностью предполагать, что внедрение в широкую клиническую практику первого инсулина сверхдлительного действия деглудек (Тресиба<sup>®</sup>) позволит достигать более строгого, стойкого гликемического контроля при возможности использования гибкого режима дозирования, сни-

кемий [13, 14].

на служит предпосылкой к сокращению затрат на лечение СЛ как за счёт уменьшения стоимости самой терапии, так и на проведение самоконтроля, являющегося неотъемлемой частью интенсивной инсулинотерапии.

- 1. Brod M, Barnett AH, Rana A, Peyrot Mark. GAPP2™: Global Survey Finds in the last month one in four Type 2 diabetes natients do not take basal insulin as prescribed and over a third suffer hypoglycaemia. Diabetes 2012; 61(Suppl. 1A): LB7
- 2. Nicolucci A, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. DiabetMed
- С полным списком литературы вы можете ознакомиться в электронной версии журнала на сайте www.healthynation.ru

Согласно нашим исследованиям гипогликемические состояния при СД 2 типа наблюдаются более чем у 70 % больных быть длительность СД, пожилой возраст, наличие ассоциированных с диабетом осложнений, сопутствующих сердечно-

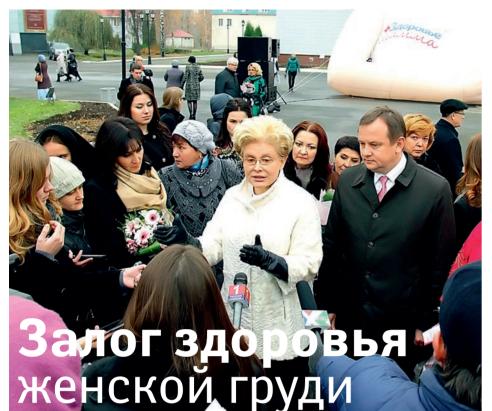
гипогликемии часто является серьёзным

тенсификации инсулинотерапиии как со

барьером на пути оптимизации и ин-

деглудека из подкожно-жирового депо в между пациентами и врачами»), страх кровоток увеличен в два раза и достигает сосудистых заболеваний, перенесённых

**Healthy Nation** 



В Казани прошла акция «Здоровье Мамма», приуроченная ко Всемирному дню борьбы против рака груди. В открытии мероприятия приняла участие Елена Малышева, телеведущая программы Первого канала «Жить здорово».



На территории «Казанской ярмарки» целую неделю работал необычный музей – он расположился в шестиметровом женском торсе, внутри которого наглядно демонстрировалась анатомия молочной железы, а также механизм образования рака и его метастазов. Впрочем, акция преследовала не только просветительские цели – всю неделю на территории выставочного центра работал передвижной маммографический комплекс, где все желающие могли пройти обследование и получить консультацию специалиста.

Елена Малышева в своей приветственной речи отметила, что рак молочной железы — самый частый среди онкологических заболеваний: «На него приходятся 30 %. Но великое счастье состоит в том, что этот рак сегодня лечится». Главное условие успешного излечения — ранняя диагностика, и об этом во время открытия упоминалось не единожды.

«Профилактическое направление медицины сегодня для нас в приоритете, поскольку основные резервы снижения смертности, увеличения продолжительности жизни мы видим именно в профилактике, – отметил Адель Вафин, министр здравоохранения РТ. – В республике активно развивается высокотехнологичная медицина, мы используем самые современные методы диагностики и лечения, но всё это дает свой результат, когда женщины своевременно проходят обследование и осмотр у онколога. И на ранней стадии наши шансы излечить это грозное заболевание крайне велики. Поэтому рак молочной железы победим, если женщина становится союзницей врача».

Этот посыл поддержал и Рустем Хасанов, главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера, приведя в пример следующие данные: «Только в этом году в Татарстане проведено более 144 тысяч маммографических исследований. Выявлены уже сотни случаев злокачественных образований, 84 % из них - на ранней стадии. Сегодня на учёте состоят около 15 тысяч больных с раком молочной железы, и около 60 % из них - пять и более лет, они живы, продолжают работать. Поэтому ранняя диагностика имеет существенное значение. Учитывая, каким арсеналом мы располагаем, женщины могут быть спокойны, но, прежде всего, они должны позабо-



# ВОПРОС РЕБРОМ

### **КТО ЗА ЧТО ОТВЕЧАЕТ?**

Елена Малышева: «Лечение многих болезней проходит дома. Вы посещаете врача, он назначает таблетки - нужно их пить, контролировать давление. Это ваша ответственность. Не перекладывайте её на нас. врачей. Наша задача - назначить вам грамотное лечение. Если в каком-то случае вы попадёте к нам в клинику, вас пролечат на высочайшем уровне. Но мы не можем с профессором поселиться к вам и, например, запирать холодильник, следить за тем, чтобы вы не курили, занимались физкультурой, как бы трудно это ни было. Это – ваша зона ответственности. А мы должны обеспечить доступность и качество медицинской помощи. Я - за ответственных пациентов»

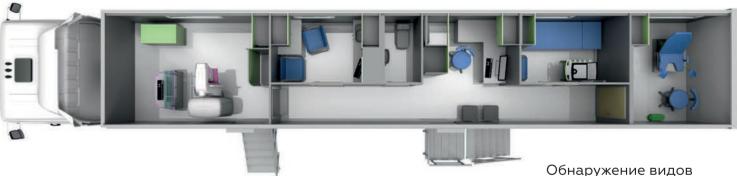




ЦИФРОВЫЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ И ПЕРЕВОЗИМЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КОМПЛЕКСЫ

# Перевозимый медицинский комплекс «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Медицинский комплекс СКРИНЭКСПРЕСС «Репродуктивное Здоровье» предназначен для проведения скрининговых исследований у женщин и мужчин с целью ранней диагностики заболеваний и опухолей репродуктивной системы различной локализации в условиях работы как в автономном режиме, так и в совместной работе с принимающим медицинским учреждением (ЦРБ, сельская больница и т.д.)



Социальный пилотный проект «Репродуктивное Здоровье»
Разработчик: Национальный центр маммологии и онкологии репродуктивной системы

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» МЗ РФ Куратор: Н.И. РОЖКОВА

# новообразований:

- Рак груди
- Рак предстательной железы
- Колоректальный рак
- Рак шейки матки
- Рак кожи



**УП "АДАНИ"** 220075, Минск, Республика Беларусь, ул. Селицкого, 7 Тел. (375) 17 346 29 01 / Факс (375) 17 346 29 02 / info@adani.by

www.adani.by

20-я международная специализированная выставка

Примите участие в международной выставке ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ. Казань, 2015

14-16 октября







- Международный Форум по формированию
- Коллегия Министерства здравоохранения Республики Татарстан
- Тематические конференции, семинары, круглые столы по основным направлениям



www.volgazdravexpo.ru

Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11

e-mail: expokazan7@mail.ru, pdv@expokazan.ru

420059, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, 8







### Николай БРИКО,

главный специалист - эпидемиолог Минэдрава России, академик РАН, профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д. м. н.

# НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ



НЕЛЬЗЯ НЕДООЦЕНИВАТЬ ОПАСНОСТЬ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, – ЭТА ПАТОЛОГИЯ ИМЕЕТ ОГРОМНОЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЕСТЬ В ЭТОЙ СФЕРЕ И КАК ИХ НАДЛЕЖИТ РЕШАТЬ?



ля начала определимся с терминами.
«Госпитальная» и «клиническая
эпидемиология» принципиально разные и
самостоятельные разделы эпидемиологии.

Первая изучает заболеваемость, связанную с оказанием медицинской помощи, особенности проявления эпидемического процесса в

условиях медицинских организаций. Таким образом, сфера деятельности госпитальной эпидемиологии – разработка целенаправленных противоэпидемических мероприятий в условиях ЛПУ.

Клиническая эпидемиология – это самостоятельный раздел эпидемиологии, который включает в себя методологию получения в эпидемиологических исследованиях научно обоснованных, доказательных знаний об особенностях проявления болезни. Здесь специалист

имеет дело с информацией о том, как лечить, как диагностировать заболевание у конкретного больного, это относится скорее к сфере оптимизации лечебного процесса.

### ПРОБЛЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ

Ни одно медицинское учреждение ни в одной стране мира не может быть совершенно свободным от риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Так, по данным Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний, более 4 млн пациентов поражаются инфекциями, связанными с оказанием медпомощи, в странах Европы ежегодно; распространённость патологии составляет 7,1 %. В США ИСМП занимают десятое место среди причин смертности. Ежегодно регистрируется 1,7 млн случаев заболеваний, 100 тысяч из них приводят к летальному исходу.

Какова ситуация в нашей стране?



В России регистрируется лишь 26–30 тысяч случаев инфекций, связанных с оказанием медпомощи, но вряд ли эта цифра отражает реальное положение дел. Так, Экспертная рабочая группа по изучению нозокомиальных инфекций (ЭРГИНИ) изучила положение дел с ИСМП в 32 многопрофильных стационарах 18 регионов России. Результаты исследований показали, что распространённость ИСМП составляет 7,6 %. Таким образом, оценочное количество случаев ИСМП в России составляет 2,3 млн в год.

Распространённость этой патологии приводит к огромному социальноэкономическому ущербу. Из чего он складывается? Пациенты с инфекциями, связанными с оказанием медпомощи, находятся в стационаре в 2–3 дольше, чем пациенты с теми же заболеваниями, но без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается и выписка из стационара, в 3–4 раза возрастает стоимость лечения, в 5–7 раз повышается риск летального исхода.

Говоря о распространённости инфекций, связанных с оказанием медпомощи, мы выделяем группы и территории риска. Особо уязвимые категории пациентов – это новорождённые, пожилые люди, лица с иммунодефицитами, хроническими заболеваниями, а также пациенты с тяжёлым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями. Что касается территорий повышенного риска — в первую очередь, это отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Исследование ЭРГИНИ, о котором мы говорили выше,

показало, что на ОРИТ приходится 27,7 % пациентов с присоединившейся инфекцией. В отделениях неврологии показатель в два раза ниже и составляет 13,7 %, затем следуют терапия (4,7 %), хирургия и урология (по 3,8 %). На распространённость ИСМП влияет использование инвазивных устройств, особенно сосудистых и мочевых катетеров, аппаратов искусственной вентиляции лёгких. Нельзя забывать о том, что в целом ИСМП, являясь внутрибольничной патологией, отражают и эпидемиологическую ситуацию вне стационара.

# ЭПИДЕМИОЛОГИ ОБЪЕДИНЯТСЯ

Три года назад принята национальная концепция профилактики ИСМП, утверждённая главным государственным санитарным врачом. В документе определяется стратегия развития здравоохранения, обеспечения эпидемиологической безопасности. Основа всей профилактики – это грамотная и эффективная система эпидемиологического надзора. Именно она обеспечивает нас той информацией, на основе которой строятся эффективные противоэпидемиологические мероприятия. Для их реализации в жизнь нужны подготовленные специалисты различного профиля, и прежде всего это касается службы госпитальных эпидемиологов.

Начало формированию этой службы было положено 20 лет назад. Сегодня функциональная структура госпитальной эпидемиологии выглядит следующим образом: главный эпидемиолог Минздрава

TEMA HOMEP

ГОСПИТАЛЬНАЯ ЭПИЛЕМИОЛОГИ

РФ, профильная комиссия, куда входят все главные специалисты регионов, округов, наконец, врачи-эпидемиологи крупных медучреждений. Создаются ассоциации госпитальных эпидемиологов в субъектах, в частности, такая есть в Татарстане, в Иркутской и Кемеровской областях.

Кроме того, полтора года назад была образована Национальная ассоциация специалистов по контролю за ИСМП. По количеству членов лидируют Приволжский, Центральный, Сибирский федеральные округа; среди отстающих – Северо-Кавказский, Дальневосточный, Южный ФО. Задача ассоциации – объединить эпидемиологов различных медицинских учреждений. Однако учитывая тот факт, что национальная концепция профилактики ИСМП может быть реализована только при комплексном подходе, мы понимаем, что госпитальные эпидемиологи должны работать в связке с другими специалистами. Поэтому к деятельности ассоциации привлекаются



самые разные специалисты – клиницисты, фармакологи, производители лекарственных препаратов и специализированного оборудования, научные работники.

# ОТ ЛЕЧЕНИЯ – К ПРОФИЛАКТИКЕ

Сегодня происходит изменение парадигмы оказания медпомощи. От системы диагностики и лечения мы переходим к охране здоровья, от активного вмешательства – к профилактике. Стратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи, а один из критериев качества – эпидемиологическая безопасность. Таким образом, на первый план выходит профилактика ИСМП.

Для этой работы, прежде всего, необходимо разработать нормативные документы, регулирующие порядок эпидемиологического обеспечения медицинской деятельности. В первую очередь, нужна стандартизация и унификация оснащения медицинских организаций современным стерилизационным и дезинфекционным оборудованием. Нужны стандарты оказания и обеспечения эпидемиологической помощи, эпидемиологического надзора, профилактических и противоэпидемических мероприятий, обеспечения эпидемиологической безопасности при различных медицинских вмешательствах. Мы участвуем в разработке государственных стандартов нового поколения и других образовательных нормативных документов.

Сегодня проводится огромная работа по разработке клинических рекомендаций. В частности, пересматривается приказ 543 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» – в него мы добавили стандарты оснащения центрального стерилизационного отделения, прививочного кабинета, оговорили ставку врача-эпидемиолога и его помощника.

Пока же ситуация с положением госпитальных эпидемиологов далека от идеальной. По сути, основным видом деятельности специалиста этого профиля должна быть экспертно-аналитическая работа, результатом которой становятся данные для принятия управленческих решений. Однако анкетирование госпитальных эпидемиологов и главных врачей показало, что на аналитическую деятельность приходится лишь 25 % рабочего времени эпидемиолога.

Сами эпидемиологи отмечают, что очень часто их нагружают несвойственной им работой – например, вопросами организации стирки белья, закупки моющих и дезинфицирующих средств, стерилизующего и дезинфицирующего оборудования и т.д.

Ещё одна часть проблемы связана с аутсорсингом микробиологических исследований. Отданные на сторону, они дают отсроченный и неполный ответ, что неизбежно влияет на скорость принятия решений.

# КАК ПОБЕДИТЬ ИСМП?

Какие ресурсы необходимы для осуществления профилактики ИСМП на местах? Нужны капитальные вложения (планировка, создание необходимых условий для пребывания пациентов и работы медицинских работников, подразделений, оснащённых современным оборудованием, боксы), достаточное количество квалифицированного персонала, особенно среднего. При этом не менее важна и психологическая перестройка всего персонала медучреждения, в первую очередь, осознание того, что профилактика ИСМП является задачей любого медработника, от санитарки до главного врача; причём, последний несёт основную ответственность за организацию этой работы – это положение зафиксировано в проекте новых санитарных правил.

Для планирования финансовых затрат руководителям организаций следует определять статьи расходов на обеспечение профилактики ИСМП. Затраты на меры профилактики ИСМП в медицинском учреждении должны быть обоснованы с учётом типа учреждения (отделения). Их необходимо планировать ежегодно. В каждом ЛПО на основе данных эпиднадзора необходимо создать план работы с определением краткосрочных и долгосрочных целей и мероприятий по снижению заболеваемости ИСМП.



Zgopobor! Hraronoryrus! Ycnexa!



# Облучатели-рециркуляторы POZIS для обеззараживания воздуха

Настенные, передвижные, компактные

- Ультрафиолетовая стерилизация воздуха внутри устройства
- Безопасность использования в присутствии людей и животных
- Степень обеззараживания 99,9%





Новый год новый уровень безопасности!

# Утилизатор медицинских отходов «Конвертер»

Утилизация биологических отходов, биологических жидкостей и тканей, твердых медицинских отходов класса Б и В. Материал после переработки физически и биологически инертен - сухие гранулы размером 2-3 мм.

- Утилизатор работает автоматически.
- Не требует предварительной обработки отходов
- •Стерилизация при любом уровне бактериальной насыщенности
- •Обработка насыщенным паром при температуре
- 150 °C без выработки вредных жидкостей, паров и газов
- •Уменьшение первоначального объема в среднем на 70%, первоначального веса на 30%



420138, г. Казань, проспект Победы, д. 18. Тел./факс: (843) 261-93-72, 261-93-82, 261-93-92, 261-68-86, 268-66-55, 268-65-66. E-mail: kiel-kazan@yandex.ru | www.kiel-kazan.ru

20 Healthy Nation



LOCUMIA VPHVA JUNY EWNOVOLNA

# Марина ПАТЯШИНА:

# «ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ИСМП — ЛИШЬ ВЕРХУШКА АЙСБЕРГА»



ИНТЕРВЬЮ РУКОВОДИТЕЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН, К. М. Н. МАРИНЫ ПАТЯШИНОЙ.

- Марина Александровна, как вы оцениваете эпидемиологическую ситуацию по инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в нашей республике?
   Какие тенденции вы могли бы отметить?
- В ЛПУ Республики Татарстан ежегодно регистрируются до 300 случаев внутрибольничных инфекций (ВБИ). В последнее время заболеваемость ВБИ имеет тенденцию к снижению, так, в 2013 году этот показатель снизился на 14,3 % по сравнению с 2012-м, за период 2009–2013 гг. на 45,5 %. При этом в половине территорий республики учёт внутрибольничных инфекций просто не осуществляется. Так, в 2013 году ВБИ не зарегистрированы в 22 районах, за 11 месяцев 2014-го на 24 территориях.
- За 11 месяцев 2014 года в Республике Татарстан зарегистрировано 213 случаев внутрибольничных инфекций, что на 25,3 % больше, чем за аналогичный период 2013-го. Уровень заболеваемости в Казани вырос в 1,8 раза.
- Сегодня термин «внутрибольничная инфекция» уходит на задний план, специалисты чаще говорят об инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Это более широкое

понятие. Если, говоря о ВБИ, мы подразумевали только случаи инфицирования в стационарах, то ИСМП касается медицинских стационарных, амбулаторно-поликлинических и социальных учреждений – всех мест, где может оказываться медицинская помощь. Но смена терминологии не изменила ситуацию. Регистрация осталась такой же.

На сегодня основная проблема заключается в том, что у нас нет достоверной информации об ИСМП, мы не знаем, сколько же их на самом деле. Если судить по данным научных исследований в других странах, каждый десятый пациент медицинских учреждений страдает от ИСМП. А согласно российской статистике у нас отмечается 0,7–0,8 случая на 1 000 пациентов! Это очень лукавая цифра. К сожалению, в отчётных формах российских ЛПУ случаи регистрации ИСМП не соответствуют их реальному количеству.

На мой взгляд, данные по ИСМП в Республике Татарстан можно смело умножать на 100. Инфекции, которые зарегистрированы, – это лишь верхушка айсберга. Если

проанализировать данные статистики, у нас регистрируются, в основном, те ИСМП, где обязателен лабораторный контроль, например, у новорождённых, родильниц. Согласно нормативным документам у новорождённого медицинские работники обязаны взять мазок из носа, глаз, пупка. Если, например, высевается золотистый стафилококк, это скрыть невозможно – анализ провёден, результат получен. Или, например, после оперативного вмешательства может начаться нагноение раны. Для того чтобы подобрать антибиотик, нужно провести высев выделений, определить микроорганизм, его чувствительность к препарату. В этом случае также идёт регистрация. А в некоторых случаях антибиотики назначаются сразу после появления покраснения, припухлости без проведения лабораторных анализов. Процесс не успевает развиться, клиническая картина получается смазанной. Это случай, который идёт в историю болезни, но не попадает в статистику регистрации ИСМП.

- Ситуация двоякая: с одной стороны, безусловно, необходим учёт, но с другой – эпидемиолог, сообщая о случае ИСМП в своём ЛПУ, может опасаться ответных мер надзорных органов.
- Я в прошлом тоже была эпидемиологом лечебного учреждения и прекрасно понимаю эту ситуацию. Конечно, невозможно решить проблему в одном конкретном учреждении, не меняя систему на государственном уровне. Прежде всего, не хватает Порядка, который регламентировал бы эту работу.

Наглядный пример: эпидемиолог больницы, делая ретроспективный анализ историй болезни, замечает, что одному пациенту в какой-то момент был назначен антибиотик, которого у него быть не должно, наблюдалось гнойное отделяемое из послеоперационной раны. Он понимает, что имело место осложнение, но всё закончилось хорошо, и больного выписали. Что он должен делать в этой ситуации? Давать экстренное извещение надзорным органам? А теперь представьте себе активного эпидемиологаподвижника. Он регистрирует все случаи ИСМП. Как вы думаете, похвалит ли его руководство медучреждения, которое вдруг стало «лидером» в республике по ИСМП? В обязанности эпидемиолога входит проведение ретроспективного анализа, но что он должен делать после выявления ИСМП, к кому обращаться? К сожалению, нормативными документами это детально не прописано.

Нужен Порядок федерального уровня, в котором будет прописано, как осуществлять эпидемиологический надзор в ЛПУ. Конечно, для этого необходима совместная работа всех заинтересованных ведомств. Минздрав определяет алгоритм работы эпидемиолога, а мы как надзорный орган, соответственно, должны проверить его выполнение.

Сегодня мы проверяем, в основном, санитарно-техническое состояние ЛПУ. Можем, например, констатировать, что учреждение не соответствует санитарным нормам – ремонт давно не проводился и т.п. Но эпидемиолог не отвечает за ремонт! У него мы должны спросить, как он проводил ретроспективный анализ, организовал ли мониторинг чувствительности госпитальных штаммов к антибиотикам, проводит ли ротацию дезинфектантов. Он в ответе за эпидемиологический анализ в учреждении и внедрение эффективных профилактических мер.

В последние годы улучшается материально-техническая база наших ЛПУ, внедряются новые методы диагностики и лечения. Но патогенная микрофлора моментально приспосабливается к любым условиям, становится устойчивой к современным дезинфицирующим средствам. У нас не создана система отслеживания: какие именно микроорганизмы присутствуют в ЛПУ, где именно, что именно нужно обрабатывать,

чем? Нет методики определения чувствительности микроорганизмов к современным дезсредствам, утверждённой на федеральном уровне. Даже если эпидемиолог захочет это сделать, он зачастую просто не может найти для этого лабораторию. Отдельная проблема – сложная система закупок средств. А ведь к любому дезинфектанту у микроорганизмов со временем появляется резистентность, и его необходимо регулярно менять.

Относительно недавно в России была принята «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». В ней описаны все проблемы, о которых я упоминала, в частности, вопросы совершенствования нормативного, правового и методического обеспечения системы профилактики ИСМП; государственного надзора и контроля за реализацией мероприятий по профилактике ИСМП; эпидемиологического надзора за ИСМП; лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ИСМП; внедрения современных подходов и оптимизации санитарногигиенических мероприятий по профилактике ИСМП в организациях здравоохранения и многие другие. Это актуальные задачи, которые необходимо решать уже сейчас.



- Что бы вы порекомендовали специалистам? Ведь внедрение новых подходов всегда занимает какое-то время, а бороться с ИСМП им нужно уже сеголня
- Роспотребнадзор надзорный орган, но мы всё-таки тоже являемся врачами и с пониманием относимся к медикам. Мы всегда готовы к диалогу. Если нужна какая-либо рекомендация, совет, мы всегда поможем. Наша цель – не штрафовать, а обеспечивать благополучную эпидемиологическую обстановку в ЛПУ Республики Татарстан, и в этом мы со здравоохранением республики заодно.

Несмотря на пробелы в законодательстве и нормативной базе, я бы пожелала эпидемиологам стараться выстроить работу в своём ЛПУ в соответствии с современными подходами и мировым опытом. Нужно быть любознательным, постоянно читать специализированную литературу, посещать интернет-ресурсы, например, сайт Национальной ассоциации специалистов по контролю ИСМП. Очень важно наладить продуктивное взаимодействие с коллегами, убеждать начальство в необходимости мониторинга, беседовать с врачами, средним медицинским персоналом.

Врач никогда не должен опускать руки, нельзя быть пассивным. Работа эпидемиолога должна быть направлена на профилактику случаев ИСМП, что в конечном счёте повышает качество оказания медицинской помощи.



TEMA HOMEPA

LOCUME BAHAN VINCENTAL

### Розалия ДОЛГОВА,

главный эпидемиолог Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ведущий советник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения

# В БОРЬБЕ С «ГОСПИТАЛЬНЫМ ШТАММОМ»

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА



УЖЕ БОЛЕЕ 20 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ УСПЕШНО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВВЕДЁННАЯ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В 1993 ГОДУ. СЕГОДНЯ ОНА ПРЕДСТАВЛЕНА 225 ВРАЧАМИ И ПОМОЩНИКАМИ ЭПИДЕМИОЛОГОВ.



тратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются важнейшей составляющей этой проблемы.

Особенностью и преимуществом российской системы здравоохранения является наличие штатной должности госпитального эпидемиолога в учреждениях здравоохранения – специалиста, полностью ориентированного на проведение эпидемиологической диагностики ИСМП и организацию профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В современных условиях многопрофильные больничные комплексы являются зоной повышенного риска инфицирования не только больных, но и персонала. Это связано с высокой плотностью размещения пациентов, замкнутостью окружающей среды, интенсивными миграционными процессами (поступление и выписка), тесным общением с медицинскими работниками.

Организация профилактики ИСМП включает в себя обширный комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий:

- правильная организация приёма пациентов при поступлении в стационар (сортировка, работа фильтра, тщательный сбор анамнеза, налаженная система посещения лихорадящих больных на дому);
- правильно организованная система ухода за пациентами, учитывающая риски переноса инфекции обслуживающим персоналом и заноса её извне;
- своевременная изоляция больных с подозрениями на инфекционное заболевание;
- контроль за состоянием здоровья медперсонала;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и повышение санитарной культуры мелицинских работников.

Наиболее значимую роль в качестве возбудителей ИСМП играют условнопатогенные микроорганизмы, список которых неуклонно растёт. Являясь постоянными обитателями организма человека, они могут находиться на коже и слизистых оболочках, в кишечнике, вызывая различные формы инфекционного процесса у ослабленных пациентов, детей раннего возраста или у пожилых людей. К таким возбудителям относят стафилококки, стрептококки, синегнойную палочку, протей, клебсиеллы, кишечную палочку, сальмонеллы, энтеробактерии, энтерококки, кандиды, клостридии и др.

Применительно к микроорганизмам – возбудителям ИСМП часто употребляют термин «госпитальный штамм», который вызывает в стационаре эпидемический процесс и отличается рядом характерных признаков, в числе которых – множественная лекарственная устойчивость, высокая устойчивость к воздействию ультрафиолетового облучения, высушиванию, действию дезинфицирующих препаратов. Важной их отличительной чертой является формирование множественной устойчивости к антибактериальным препаратам, а также неприхотливость к условиям среды обитания. Так, например, отдельные возбудители ИСМП активно размножаются во влажной среде: в ингаляторах, жидких лекарственных формах, на поверхности умывальных раковин, кранах, во влажном уборочном материале.

Источником ИСМП могут быть сами больные, поступающие в период инкубационного периода или при нераспознанном правильно диагнозе. Значимая категория – бактерионосители сальмонелл, стафилококков, пневмоцист, клебсиелл. В этом плане наибольший риск представляют матери в акушерских стационарах и отделениях для детей раннего возраста, а также пациенты хирургических стационаров. Источником инфекции могут быть представители медицинского персонала при наличии у них патогенных и условно-патогенных возбудителей.

В учреждениях здравоохранения Татарстана в 2013 году зарегистрировано 155 случаев ИСМП, 0,18 на 1 000 госпитализированных, уровень заболеваемости в сравнении с 2012 годом снизился на 14,3 %, а за период 2009–2013 гг. – на 45,5 %.

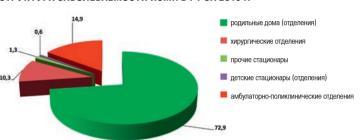


Заболеваемость ИСМП существенно варьирует в стационарах разного профиля. Наибольший уровень характерен для отделений реанимации и интенсивной терапии, эти показатели высоки в детских хирургических стационарах, хирургических отделениях для взрослых. Одно из первых мест занимают родовспомогательные учреждения. Так, в 2013 году в республике наибольшая доля заболеваний ИСМП зарегистрирована именно здесь – 72,9 %, в сравнении с 2012-м удельный вес ИСМП увеличился на 5,4 %. В хирургических стационарах зарегистрировано 10,3 % от общего количества ИСМП, в детских стационарах – 0,6 %, в стационарах прочего профиля – 1,3 %, в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 18,9 %.

Нозологическая структура ИСМП: 80 % составляют гнойносептические инфекции, из них 38,1 % — инфекции новорождённых, 21,3 % — родильниц, 18,7 % — постинъекционные нагноения, 11 % — послеоперационные, 3,9 % — острые кишечные, 7,1 % — другие инфекции.

В 2013 году среди новорождённых зарегистрировано 1 016 случаев ИСМП, показатель заболеваемости составил 20,3 на 1 000, по сравнению с 2012-м он снизился на 4,2 %.

### СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИСМП В РТ ЗА 2013 г.



Соотношение заболеваемости внутрибольничными и внутриутробными инфекциями новорождённых в 2013 году составило 1:18,5. Данный показатель за последние три года вырос в 2,8 раза. Это свидетельствует о неудовлетворительной дифференциальной диагностике внутрибольничных и внутриутробных инфекций.

В целях внутрибольничного слежения за ИСМП в учреждениях здравоохранения в плановом порядке один раз в месяц необходимо проводить бактериологические исследования воздуха, жидких лекарственных форм, грудного молока, жидкостей для питья больных, смывов с рук медицинского персонала, предметов окружающей среды, в том числе используемых для ухода за

Особое внимание необходимо уделять наличию и оснащённости централизованными стерилизационными отделениями (ЦСО). В последние годы в республике количество ЦСО несколько увеличилось (2013 г. – 76,3 %; 2012 г. – 73,2 %). Из 156 учреждений здравоохранения, подлежащих оснащению ЦСО, ими оборудовано 119, из них имеют полный цикл обработки – 76,5 %. В 2013 году вновь организовано 4 ЦСО: в Городской клинической больнице № 7; Детской республиканской клинической больнице; Городской поликлинике № 4 (Студенческой); Азнакаевской центральной районной больнице, в стоматологическом отделении. Не оснащены ЦСО в 17 районах: Агрызском, Алексеевском, Апастовском, Бавлинском, Балтасинском, Верхнеуслонском, Высокогорском, Дрожжановском, Кайбицком, Кукморском, Лаишевском, Мамадышском, Мензелинском, Новошешминском, Нурлатском, Тюлячинском, Черемшанском. В Казани не созданы 14 ЦСО из 46 надлежащих. В ряде медицинских учреждений отмечается высокая степень изношенности стерилизационной аппаратуры, требующей замены по техническим условиям и в связи с длительными сроками

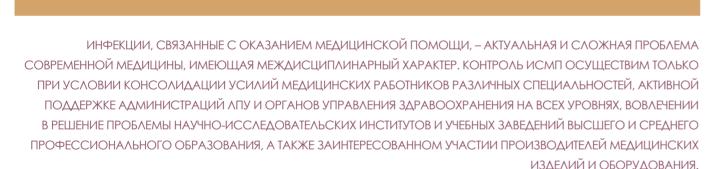
При каждом случае ИСМП госпитальный эпидемиолог проводит эпидемиологическое расследование, а при тяжёлых формах ВБИ (сепсис, остеомиелит) – с участием специалистов Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан. На каждое внутрибольничное заболевание передаётся «экстренное извещение» в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РТ» в установленном порядке.



### Валентина ШАРАФУТДИНОВА,

главный специалист по дезинфектологии МЗ РТ. заведующая дезинфекционно-эпидемиологическим отделом Межрегионального клиникодиагностического центра

# БЕЗОПАСНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ





инистр здравоохранения России Вероника Скворцова подчёркивает: «В Российской Федерации проблема безопасности медицинской помощи в тесной связи с её качеством выделена как одна из приоритетных для практического здравоохранения. Решение этой стратегической задачи невозможно без профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи,

поскольку именно они являются причиной существенного снижения качества медицинской помощи».

Как отмечает Елена Брусина, профессор Кемеровской государственной медицинского академии, д. м. н., эпидемиологическая (инфекционная) безопасность подразумевает управление факторами риска биологической природы, способными при взаимодействии с организмом пациента вызывать инфекционные заболевания и оказывать отрицательное влияние на его здоровье Управление факторами риска проводится в направлении



нейтрализации, ослабления или преодоления последствий их взаимодействия. Инфекционная безопасность достигается соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, созданием безопасной больничной среды и организацией инфекционного контроля.

Элементами инфекционного контроля (ИК)

- структура управления системой ИК;
- учёт и регистрация госпитальных
- микробиологическое обеспечение ИК;
- эпилемиопогическая лиагностика;
- профилактические и противоэпидемические
- обучение персонала.





Поскольку у каждой медицинской организации есть своя специфика (особенности лечебно-диагностического процесса, контингент пациентов, имеющиеся материальные и финансовые ресурсы), то учреждение само определяет основные критерии, которым должна удовлетворять система инфекционного контроля. При этом допускается, что в каждом ЛПУ будет создана своя индивидуальная система эпидемиологической безопасности, адаптированная к конкретным условиям.

Самым объективным методом оценки качества и организации медицинского обслуживания является аккредитация ЛПУ в какой-либо системе менеджмента качества. Стандарты аккредитации описывают необходимое обеспечение кадровыми и материально-техническими ресурсами в медицинской организации, как нужно организовывать процессы (лечебно-диагностические, административные и др.), а также какие результаты должны быть достигнуты в процессе лечения пациентов. Аккредитация направлена на то, чтобы привить в медицинской организации культуру соблюдения безопасности и качества



лечения, а также стремление постоянно улучшать результаты лечения. Независимая и непредвзятая оценка деятельности может выявить и устранить «проблемные зоны». Успешное прохождение медицинскими организациями аккредитации - это гарантия для государства, населения, страховщиков и страхователей в том, что оказание медицинской помощи в этих учреждениях соответствует современным требованиям безопасности и качества, а средства расходуются эффективно.

Всё более востребованными становятся услуги международных аккредитационных групп. Это обусловлено более высоким доверием к международным сертификатам, значительно повышающим конкурентоспособность ЛПУ на рынке медицинских услуг. С учётом развития медицинского туризма и увеличения числа обращений в ЛПУ граждан других стран эта тема становится актуальной и для России.

Наиболее престижным методом оценки качества и безопасности медицинского обслуживания на международном уровне считается аккредитация JCI (Joint Comission International). Работа лечебного учреждения оценивается по 197 основным стандартам, 368 общим стандартам и 1 032 дополнительным показателям. Если сравнивать эти стандарты с другими, то можно сказать, что ISO 9001 позволяет внедрить в практику работы медицинской организации процессный подход и циклы совершенствования деятельности. Премии по качеству (EFQM, Правительства РФ, Деминга, Болдриджа и др.) дают возможность организации и её персоналу повысить дисциплину за счёт применения методов самооценки. Эти достижения являются хорошим фундаментом для внедрения стандартов JCI.

На сегодняшний день в мире по стандартам JCI аккредитовано 659 больниц в 57 странах мира. В России – только одна московская клиника. Количество учреждений, аккредитованных другими иностранными организациями, не превышает нескольких десятков. В Республике Татарстан амбициозную задачу по реализации программ повышения качества лечения и безопасности пациентов в соответствии с требованиями Joint Commission International ставят перед собой такие передовые медицинские учреждения, как МКДЦ и БСМП г. Набережные Челны.

Подготовка к сертификации БСМП была начата в 2012 году. В течение двух лет ведётся кропотливая работа по приведению уровня персонала и клиники в соответствие с международным стандартом. 26-29 августа 2014 года в БСМП работала эксперт JCI, которая провела первичный аудит, чтобы оценить, насколько учреждение готово к прохождению сертификации. Она уделила особое внимание таким важнейшим факторам, как профессиональный уровень медицинского и немедицинского персонала. Провела оценку клиники по критериям надёжности обслуживания, организации безопасной работы персонала, технологической инфраструктуры, системы управления, производственной безопасности и охраны окружающей среды, а также по ряду других показателей.

Многие руководители ЛПУ республики уже сейчас понимают необходимость современного подхода к обеспечению инфекционной безопасности. Я убедилась в этом на лекциях, которые читаю на циклах в Образовательном центре высоких медицинских технологий. Но знаний о том, как обеспечивается инфекционная безопасность, как сделать её эффективной, им очень не хватает. И я пытаюсь в очень сжатые по времени занятия вместить всю самую необходимую информацию: как найти правильное решение в организации профилактических мероприятий в ЛПУ, как отличить затратные технологии от продуктивных. Объясняю, что ручной труд, некачественные препараты, невнимание к подготовке кадров дают только иллюзорную экономию: экономя на малом, мы проигрываем в большом – здоровье и жизни пациентов и сотрудников.

Таким образом, в вопросах инфекционной безопасности необходим системный подход, включающий в себя обеспечение современным оборудованием и расходными материалами, разработку регламентов и стандартов, обучение персонала. Но самое главное – это изменить отношение к инфекционной безопасности в учреждениях здравоохранения всех уровней



LOCURTA VPHA & JUNY EWNO VOLNA

Айрат ЗИАТДИНОВ,

главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника  $\mathbb{N}^{2}$  4 «Студенческая»

# ГОТОВЫ К ЛЮБЫМ СИТУАЦИЯМ

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ



В ОСНОВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ — ПРОДУМАННАЯ ЛОГИСТИКА, РАЗДЕЛЕНИЕ ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ, ГРАМОТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ, А ГЛАВНОЕ — ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И СТРЕМЛЕНИЕ К СОВЕРШЕНСТВУ.

учреждение изначально не было размещено в приспособленных помещениях, а создавалось для оказания помощи на уровне мировых стандартов при участии лучших специалистов Татарстана и России, международных экспертов, что и делает его интересным для многочисленных гостей из различных регионов страны, стремящихся перенять передовой опыт. Тем более, что жизнь не даёт коллективу довольствоваться былыми заслугами – необходимо поддерживать репутацию передового медицинского центра, что особенно актуально в связи с новыми масштабными задачами: грядущим проведением чемпионата мира по водным видам спорта – 2015 и чемпионата мира по футболу – 2018. И это не считая множества менее крупных соревнований международного уровня и ежедневной работы по медицинскому обслуживанию 70 тысяч студентов из 27

собенностью Медицинского центра

«Деревни Универсиады» является то, что

«Конечно, опыт подготовки к Универсиаде и её медицинского обслуживания сыграл решающую роль в формировании коллектива, – утверждает Айрат Зиатдинов, главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника

казанских вузов.

№ 4 «Студенческая». – Сотрудники до студенческих Игр и после – это, можно сказать, разные люди. Сопричастность к событиям международного масштаба и сотрудничество со специалистами мирового уровня накладывают отпечаток на каждого. Если говорить о противоэпидемической работе – она осуществлялась совместно с аккредитованными сотрудниками Роспотребнадзора РТ, Федерального медикобиологического агентства России. Огромную помощь в совершенствовании эпидемиологической безопасности нам оказал главный государственный санитарный врач России Геннадий Онищенко. В соответствии с его рекомендациями был создан изолированный инфекционный блок с отдельным входом, состоящий из изолятора и кабинетов приёма врачей-инфекционистов, которые функционировали в круглосуточном режиме. Кроме того, мы работали по оперативному плану проведения противоэпидемических мероприятий в случаях выявления людей с подозрением на особо опасные инфекционные заболевания. Была разработана «Схема информации при выявлении подозрительного больного» с точным указанием этапов ведения пашиента».





«Особое внимание было уделено разделению потоков пациентов, разделению процедурных, соответствию СНиПам и СанПиНам квадратуры помещений, параметров вентиляции, – дополняет заместитель по медицинской части Светлана Сенёк. – И в коридорах, и в кабинетах у нас установлены бактерицидные ультрафиолетовые рециркуляторы-облучатели, которые постоянно обеззараживают воздух без необходимости прекращения работы медработников. И конечно, весь наш штат врачей и средний медицинский персонал проходили обучение в Москве и в наших вузах. Причём, это была не только теория, три недели мы отрабатывали сценарии действий при возникновении различных опасных инфекций – сибирской язвы, дизентерии, дифтерии, лихорадки Южного Нила и других. Был создан запас медикаментов, необходимый для работы по этим сценариям (в том числе противочумных), а также специальной защитной одежды. Мы были готовы к любым неожиданностям, и это, в том числе, помогло нам грамотно сработать во время Универсиады. Хорошая теоретическая подготовка и



практические знания позволили сотрудникам проводить дифференциальную диагностику и быстро исключать необоснованные подозрения. С обычными респираторными заболеваниями, гриппом, ОРВИ приходилось сталкиваться ежедневно, обращались пациенты изо всех стран, наиболее активно — американцы и канадцы. Все получали лечение и необходимые медикаменты».

Коллектив Медицинского центра «Деревни Универсиады» с уверенностью ожидает чемпионаты мира по водным видам спорта и по футболу, при этом ни на день не прекращается его постоянная деятельность – медицинское обслуживание студентов. Заблаговременно перед сезонным обострением респираторных заболеваний проводится массовая вакцинация, благодаря чему в текущем году заболеваемость не достигла эпидемического порога. Проводится диспансеризация студентов, а также масштабная работа

по выявлению туберкулёза – 40 тысяч обследований в год. При посещении гинеколога у 35 тысяч девушек берут мазки для выявления кожно-венерологических заболеваний, также обследуются и две тысячи юношей, посещающих уролога. Сотрудниками поликлиники в вузах ведётся работа по пропаганде здорового образа жизни, противодействию беспорядочным половым связям. В рамках деятельности Клиники, дружественной к молодёжи, подготовлены волонтёры из числа студентов для ведения подобной пропаганды, поскольку известно, что информация, передающаяся от равного к равному, вызывает большее доверие.

Но вернёмся к вопросу инфекционной безопасности. «Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима обеспечивается наличием центрального стерилизационного блока, где крупное оборудование проходит дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию – в сухожаровых шкафах либо автоклавах, в зависимости от материала, – объясняет заместитель главного врача по общим вопросам Ильдар Закиров. – Готовый инструмент герметически упаковывается. Кроме того, при каждом блоке имеются мини-стерилизационные, оборудованные ультразвуковыми мойками, автономными настольными автоклавами. В них обрабатываются стоматологический инструментарий, зонды, зеркала, хирургические ножницы и пинцеты, ушные воронки, необходимые отоларингологам, и другой мелкий инструмент.

В поликлинике используется весь арсенал одноразового инструментария, представленного на медицинском рынке, в том числе – гинекологические зеркала, пробирки, шприцы, шпателя, перчатки, маски, шапочки, пелёнки и т.п. Наши санитарки применяют новейшие дезинфицирующие средства, выполняется жёсткий график генеральных уборок, особое внимание уделяется отделениям гинекологии, стоматологии, хирургии. Производится ротация применяемых растворов, чтобы избежать появления устойчивости к ним у бактерий. В организации всего этого процесса чрезвычайно важна роль врача-эпидемиолога. И самое главное, чтобы люди понимали и осознанно соблюдали все санитарные правила и противоэпидемиологический режим. В этом залог предотвращения вспышек внутрибольничных инсрекций».

«Главная составляющая эпидемиологической безопасности – это, конечно, люди – специалисты и весь персонал поликлиники, – подытоживает Айрат Зиатдинов, – их терпение, отзывчивость, внимание к пациенту, профессионализм, готовность учиться, повышать свою квалификацию. Мир меняется, меняется медицина, меняются микроорганизмы. Невозможно обеспечить безопасность медицинской помощи один раз и навсегда. Надо шагать в ногу со временем. Примером может служить то, как чётко сработали наши врачи при подозрении на лихорадку Эбола (к счастью, не подтвердившегося) у нигерийских студентов, это было наглядным примером их высокой квалификации, эпидемиологической настороженности и системного подхода в вопросах медицинской безопасности».



TEMATIONEIA

COCURTA VPHA & SUNVEWNOVOLNA

## Наталья ШАЙХРАЗИЕВА,

заведующая эпидемиологическим отделом Городской клинической больницы № 7 г. Казани, доцент кафедры эпидемиологии и дезинфектологии КГМА, внештатный эксперт Росздравнадзора по специальности «эпидемиология», к. м. н.

# ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ. **ЕСТЬ ЛИ ВЫХОД?**



ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ВБИ), ВОЗНИКНУВ НА ЗАРЕ ПЕРВЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, СТАНОВИЛИСЬ ВСЁ БОЛЕЕ СЛОЖНОЙ И АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ МЕДИЦИНЫ. В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВБИ В ОПРЕДЕЛЁННОЙ СТЕПЕНИ ОТРАЖАЕТ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ВАЖНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.



огласно материалам выборочных исследований, проведённых по единой методике под эгидой ВОЗ в 14 странах, ВБИ заболевают в среднем 8 % пациентов, госпитализированных в стационары. В европейском регионе частота развития ВБИ составляет более 7 %, в США – около 5 %, во Франции – 7,6 %, в Германии – 3,5 %.

В Европе ежегодно регистрируется до 5 млн случаев внутрибольничных инфекций (46–93 на 1 000 госпитализаций, в отделениях реанимации и интенсивной терапии – 97–318 на 1 000 пациентов). Летальность составляет 2,7 % (135 000 летальных исходов). Примерно 1 из 10 случаев заканчивается смертью. По крайней мере, половина случаев инфекций предотвратима.

Важно подчеркнуть, что среди инфекционных болезней ВБИ занимают особое место по величине экономического ущерба. Длительность стационарного лечения больных с ВБИ в Европе увеличивается как минимум на 25 млн дней, а ущерб исчисляется 13–24 млн евро. Согласно данным американского Центра контроля за заболеваемостью ущерб от ВБИ в этой стране за прошедший год составил 4,9 млрд долларов, а из 2 млн таких больных умерли 99 тысяч человек. В Великобритании, по опубликованным данным департамента здравоохранения, экономический ущерб от ВБИ составляет около 1 млрд фунтов стерлингов в год, в случае присоединения ВБИ продолжительность стационарного лечения больных увеличивается на 3,6 млн дней.

В России большая часть ВБИ или не регистрируется, или скрывается. По расчётным данным, ВБИ заболевают около 7 % пациентов. По мнению большинства экспертов, картина на самом деле более устрашающая. Работы в этой области определены РАМН и Минздравом РФ как приоритетные направления научных и практических исследований. По далеко не полным данным официальной статистики, ежегодно в России регистрируется всего 30–40 тысяч





случаев ВБИ! Однако исследования, выполненные учёными ФГУН ЦНИИ эпидемиологии, позволяют предположить, что их ежегодное количество составляет не менее 2–2,5 млн (1–1,5 % населения страны). По данным выборочных исследований, ВБИ переносят 10–15 % новорождённых, 16 % (5–21 %) оперированных пациентов.

В Российской Федерации при присоединении ВБИ длительность пребывания в стационаре одного больного увеличивается в среднем на 6–8 дней, удлиняется время лечения, а в наиболее тяжёлых случаях происходит гибель пациента. Поскольку за год, по расчётным данным, ВБИ заболевают более 2 млн пациентов, то общая длительность стационарного лечения таких больных увеличивается как минимум на 14 млн дней. Из этого следует, что дополнительные затраты только на стационарное лечение больных ВБИ составляют около 5 млрд рублей.

В структуре госпитальной летальности ВБИ занимают четвёртое место после болезней сердечно-сосудистой системы, злокачественных опухолей, острого нарушения мозгового кровообращения. Летальность пациентов с ВБИ почти в два-три раза выше в сравнении с аналогичными группами без данного осложнения.

В настоящее время мало кто отважится заговорить о проблеме внутрибольничной инфекции вслух и назвать реальное количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в своём лечебном учреждении. Карательные санкции со стороны контролирующих органов не заставят себя ждать.

Внутрибольничные инфекции в современных условиях следует рассматривать как проблему качества лечения, безопасности оказания

По данным американских исследователей, эффективная программа ЭН, учитывая современный уровень знаний и технологий, способна предотвратить около одной трети всех случаев ВБИ. Но если удаётся достичь хотя бы 6 %-го снижения уровня ВБИ, расходы на данную программу окупаются.

медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении и важную социально-экономическую проблему.

Итак, внутрибольничная (госпитальная, нозокомиальная, связанная с оказанием медицинской помощи) инфекция – любое клинически выраженное инфекционное заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи во время госпитализации, в амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, а также у персонала организации здравоохранения в силу осуществления профессиональной деятельности.

Новые медицинские технологии, повышающие выживаемость больных, изменили общую структуру ВБИ и её летальность. Появились новые, не регистрировавшиеся ранее в клинической практике нозологические формы: ангиогенный сепсис, полиорганная недостаточность, вентиляторассоциированная пневмония. В 70–80-е годы двадцатого столетия инфекция мочевыводящих путей занимала первое место (42 %), раневая инфекция – второе (24 %) и инфекция дыхательных путей – третье (11 %). К концу 90-х годов нозокомиальная пневмония (НП) составляла уже 15–20 % в США, 45 % – в европейских странах. В настоящее время НП и

ОСПИТАЛЬНАЯ ЭПИЛЕМИОЛОГИ

**16+** 

инфекции мочевыводящих путей разделяют первое-второе места, за ними идут катетер-ассоциированные ангиогенные инфекции (КАИ), инфекции кожи и мягких тканей, в том числе послеоперационные раневые и интраабдоминальные нозокомиальные инфекции.

Именно в условиях лечебно-профилактического учреждения проявляется действие многих факторов, приводящих к повышению заболеваемости ВБИ. Некоторые из них: создание крупных больничных комплексов, где концентрируется большое число ослабленных лиц; увеличение количества инвазивных диагностических и лечебных процедур; использование сложного медицинского оборудования, стерилизация которого сопряжена с большими трудностями; формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, обладающих устойчивостью к лекарственным препаратам и дезинфектантам; увеличение в популяции численности групп повышенного риска, таких как недоношенные дети, больные хроническими заболеваниями; демографические сдвиги в обществе (увеличение удельного веса лиц старших возрастных групп); ослабление неспецифических защитных функций организма в связи с неблагоприятными экологическими условиями.



Несмотря на довольно обширную информацию по внутрибольничным инфекциям, тяжело составить истинное представление об уровне, структуре и динамике развития нозокомиальных инфекций и их эпидемиологических особенностях. Тем не менее имеющиеся сведения позволяют говорить о том, что нет никакой тенденции к снижению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Необходимость улучшения качества медицинской помощи нуждается в разработке научно-обоснованного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

На современном этапе имеются определённые трудности в борьбе с внутрибольничными инфекциями в связи с наличием большого количества источников возбудителей инфекции, путей их передачи, высокой устойчивости возбудителя к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, вариабельностью клинических проявлений, сложностью диагностики отдельных нозологических форм ВБИ, а как следствие этого – отсутствием эффективных методов специфической

профилактики. Всё это не позволяет эффективно воздействовать на какоелибо звено эпидемического процесса.

Программа эпидемиологического надзора (ЭН) в каждом конкретном ЛПУ должна быть адаптирована к особенностям данного учреждения. По данным американских исследователей, эффективная программа ЭН, учитывая современный уровень знаний и технологий, способна предотвратить около одной трети всех случаев ВБИ. Но если удаётся достичь хотя бы 6 %-го снижения уровень заболеваемости ИСМП не должен рассматриваться как повод для наказания медицинских сотрудников лечебно-профилактического учреждения. В этом случае надо искать причину в системе организации ЭН и вносить в неё необходимые коррективы.

Отсутствие полноценного учёта и регистрации ВБИ не позволяет своевременно расшифровать основные причины возникновения очагов инфекции, затрудняет проведение углублённого анализа заболеваемости, так необходимого для выяснения условий и характера течения эпидемического процесса. К сожалению, сегодня у нас нет единого унифицированного документа, содержащего важные сведения для эпидемиологического анализа.

При проведении ЭН важно иметь чёткое стандартное эпидемиологическое определение случая внутрибольничной инфекции, чтобы избежать разногласий между клиницистом и эпидемиологом.

Наиболее эффективным подходом в борьбе с ВБИ может быть система ЭН, основным компонентом которой является триада, состоящая из эпидемиологического, бактериологического и клинического мониторинга. Наиболее важным является слежение за заболеваемостью и смертностью от ВБИ с помощью ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологического обследования, диагностики и оценки эффективности проводимых мероприятий.

В настоящее время назрела необходимость разработки и внедрения контроля за устойчивостью к дезсредствам и антисептикам микроорганизмов – возбудителей ВБИ в рамках микробиологического мониторинга. Для эффективного проведения ЭН в стационарах предпочтительно иметь собственную бактериологическую лабораторию, так как это способствует обеспечению оперативной трёхсторонней связи: клиницист – эпидемиолог – бактериолог. Средства, затраченные на лабораторию, будут возмещены рациональным использованием антибиотиков, профилактикой формирования резистентных госпитальных штаммов, эффективным контролем внутрибольничных инфекций. Не утратили своей значимости и мероприятия по улучшению санитарногигиенического и противоэпидемического режимов в предупреждении внутрибольничных инфекций в стационарах различного профиля.

Таким образом, изучение вопросов эпидемиологии и профилактики внутрибольничных инфекций позволяет совершенствовать систему мер борьбы с ИСМП. Многоплановость данной проблемы, огромное количество публикаций, связанных с ней, затрудняют обобщение не только проблемы в целом, но и отдельных её аспектов. С нашей же стороны, о случаях ВБИ в лечебных учреждениях необходимо говорить открыто и прямо, не боясь последствий, и лишь тогда ситуацию можно будет изменить в лучшую сторону.

Васил Зиатдинов, Анна Чернышева, Елена Юмагулова, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан»

# ХОЛЕРА В КАЗАНИ. ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

ОДНИМ ИЗ САМЫХ ДРАМАТИЧНЫХ СОБЫТИЙ НАЧАЛА ВЕКА (2001 Г.) В КАЗАНИ СТАЛА ВСПЫШКА ХОЛЕРЫ С ВЫНОСОМ В АЛЬКЕЕВСКИЙ И ВЫСОКОГОРСКИЙ РАЙОНЫ ТАТАРСТАНА. В РЕЗУЛЬТАТЕ 52 ЧЕЛОВЕКА ОКАЗАЛИСЬ БОЛЬНЫМИ, 18 — ВИБРИОНОНОСИТЕЛЯМИ. ИЗ НИХ В КАЗАНИ ВЫЯВЛЕНЫ И ПРОЛЕЧЕНЫ 51 БОЛЬНОЙ И 17 ВИБРИОНОНОСИТЕЛЕЙ.



ричиной возникновения очага холеры стало купание детей и взрослого населения в неприспособленном для этой цели водоёме в микрорайоне «Азино-1» (Советский район г. Казани). Вдоль него на возвышенном участке проходил самотёчный коллектор, перекачивающий сточные воды от «Азино-1» и «Азино-2»

в канализационную насосную станцию (КНС) у посёлка Вознесенское.

В результате аварии стоки стали попадать в водоём. Косвенным доказательством причинной связи стало обнаружение остатков сточных вод в низменных местах по направлению от коллектора к водоёму и более обильной растительности в этом месте по сравнению с прилегающими территориями. В пользу этой версии свидетельствовали и клинико-эпидемиологические данные. Впоследствии она была подтверждена идентичностью культур

холерных вибрионов, изолированных из водоёма и от больных холерой, и вибриононосителей у купавшихся в волоёме.

Противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации вспышки холеры были начаты 24 июля 2001 года, сразу после получения предварительного положительного результата исследования у первого больного. Тогда же решениями санитарнопротивоэпидемических комиссий Советского района и г. Казани был объявлен очаг холеры и установлены его границы в пределах Советского и Приволжского районов. В последующем главой администрации Казани был утверждён оперативный план противоэпидемических и профилактических мероприятий. Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и Минздраву РТ решением санитарнопротивоэпидемической комиссии Кабмина РТ было предписано провести комплекс оперативных мероприятий по локализации и ликвидации вспышки холеры, а главам







администраций и заинтересованных министерств — обеспечить их выполнение.

Заседания медицинского штаба проводились ежедневно с 25 июля по 9 августа. Координацию работы осуществлял Главный государственный санитарный врач РФ Г.Г. Онищенко. Проведение оперативного эпидемиологического анализа было возложено на заведующего отделом эпидемиологии НИПЧИ Ростова-на-Дону, д. м. н. Э.А. Москвитину. В состав группы вошли специалисты РосНИПЧИ «Микроб», ЦГСЭН в РТ (главврач В.В. Морозов), ЦГСЭН в г. Казани (главврач Н.В. Пигалова). Для оказания консультативной и практической помощи были направлены специалисты РосНИПЧИ «Микроб» и противочумного центра МЗ РФ.

Выяснилось, что все больные и вибриононосители проживали в Советском и Приволжском районах, т.е. вспышка носила локальный характер. Основной путь распространения — водный (79,4 %), при купании. Несвоевременное обращение больных явилось причиной формирования семейных очагов с подключением контактно-бытового пути распространения. Сформировано 54 очага, в том числе с одним случаем — 45 (83,3 %), с двумя — 8 (14,8 %), с семью — 1.

В связи со вспышкой с 24 июля в городской инфекционной клинической больнице было развернуто 35 коек для холерных больных, 95 — для провизорных, 25 — для общавшихся. Большое внимание было уделено подворным обходам с целью активного выявления больных острой кишечной инфекцией (ОКИ), которые были начаты сразу с 24 июля. В них приняли участие около 435 медицинских работников. Обходами были охвачены более 700 тысяч человек: в Советском районе

После выявления первых больных, в эпидемиологическом анамнезе которых было купание в водоёме «Азино-1», отобрали пробы воды для лабораторного исследования. 27 июля изолирован токсигенный холерный вибрион 01, биовар eltor, серовар Ogava. Идентичные возбудители были выделены в пробах воды, отобранных 28 и 29 июля из реки Ноксы.

обнаружен 171 больной ОКИ, из них 15 — холерой; в Приволжском районе заболевших холерой из числа больных ОКИ не оказалось.

После выявления первых больных, в эпидемиологическом анамнезе которых было купание в водоёме «Азино-1», отобрали пробы воды для лабораторного исследования. 27 июля изолирован токсигенный холерный вибрион 01, биовар eltor, серовар Ogava. Идентичные возбудители были выделены в пробах воды, отобранных 28 и 29 июля из реки Ноксы на мосту, ведущем к посёлку Вознесенское, в пробе из сточной воды канализационной насосной станции на Ноксинском спуске. Выставлены аншлаги о запрещении купания, милицейские посты у водоёмов «Азино-1», дезинфицированы водоёмы, канализационный коллектор, прилегающая территория, ил водоёма (после перекачки воды в канализационный коллектор).

Лабораторное обеспечение противоэпидемических мероприятий в очаге холеры осуществляли три бактериологические лаборатории:

• бактериологическая лаборатория городского диагностического центра по лабораторной диагностике инфекционных заболеваний Управления здравоохранения г. Казани (далее – ГДЦ);

• санитарно-бактериологическая лаборатория № 1 ЦГСЭН в Казани (далее – СБЛ);

• бактериологическая лаборатория отдела особо опасных инфекций ЦГСЭН в РТ (далее – лаборатория ООИ).

Начальником лабораторной службы очага была назначена заведующая отделом организации лабораторной деятельности ЦСЭН в РТ А.В. Чернышева. ГДЦ (главврач Н.Н. Хуснутдинов) был профилирован на исследование материала от людей. Именно здесь 24 июля была изолирована первая культура V. cholerae от больного Д. 13 лет.

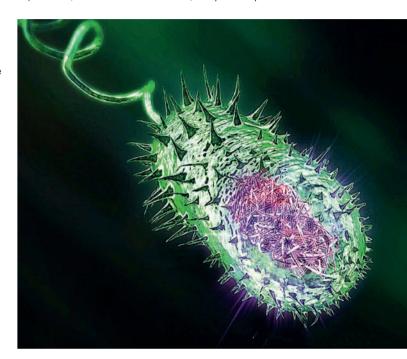
В лаборатории осуществлялся приём, посев материала на питательные среды, отбор колоний и агглютинация на стекле с холерными сыворотками (слайд-агглютинация). В случае положительной реакции выделенную культуру направляли на идентификацию в лабораторию ООИ.

На СБЛ (заведующая лабораторией А.Л. Масленникова) была возложена обязанность по исследованию проб из внешней среды и материала от контактировавших с больными. Расчётная мощность лаборатории составляла 150 проб внешней среды и 350 — от людей. Сюда 25 июля из ГДЦ была доставлена культура, выделенная от больного Д., и вода из озёр микрорайона «Азино-1» для проведения ПЦР-диагностики со специфическими праймерами к сtx А (ген токсичности) холерного вибриона. Уже в шесть часов вечера того же дня был дан предварительный результат о токсичности культур, который 26 июля был подтверждён прибывшими специалистами РосНИПЧИ «Микроб» Саратова. Это позволило оперативным отделам санэпидслужбы начать своевременное проведение противохолерных мероприятий в полном объёме.

За весь двадцатидвухдневный период существования очага (с 24.07.2001 г. по 16.08.2001 г.) СБЛ было проведено более 11 тысяч исследований по обнаружению холерного вибриона, из них 2152 – из внешней среды (в основном исследования воды водоёмов и стоков). Было выделено 7 культур холерных вибрионов, в том числе 5 — из воды водоёмов, 1 — из смыва в домашнем очаге и 1 – из сточной воды, отобранной в КНС на территории очага.

Для обеспечения круглосуточной работы в СБЛ были привлечены бактериологические бригады из Центров ГСЭН в Н. Челнах, Нижнекамске и бактериологической лаборатории ЦСЭН в РТ. На пике поступления проб (1100-1500 в сутки) здесь трудились 14 врачей, 36 фельдшеров-лаборантов, 23 санитарки. На базе СБЛ исследования проводились до этапа постановки развернутой реакции агглютинации (РА). Культуры, давшие положительный результат, направлялись для дальнейшей идентификации в лабораторию ООИ. Её в этот период возглавляла высококвалифицированный врач-бактериолог Н.И. Захарова. Лаборатория имела санитарно-эпидемиологическое заключение и лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний II-IV групп патогенности. Основное назначение лаборатории ООИ в очаге — идентификация культур вибрионов, выделенных в ГДЦ и СБЛ. Лаборатория также работала круглосуточно, посменно тремя бригадами по шесть человек. Все врачи имели специальную подготовку по диагностике холеры. Кроме того, на период существования очага лаборатория ООИ была усилена бригадой специалистов-бактериологов из РосНИПЧИ «Микроб» под руководством Е.С. Казаковой, к. б. н.

Первые 9 культур, изолированные из материала от больных и водоёма в «Азино-1», были направлены для окончательного подтверждения в РосНИПЧИ «Микроб» (г. Саратов), где по результатам комплексного микробиологического исследования они были идентифицированы как V. cholera O1, биовар eltor, серовар Ogava. Кроме того, по результатам ПЦР-анализа, гемолитической активности, биопробы на крольчатах-



За весь двадцатидвухдневный период существования очага (с 24.07.2001 г. по 16.08.2001 г.) СБЛ было проведено более 11 тысяч исследований по обнаружению холерного вибриона, из них 2152 – из внешней среды (в основном исследования воды водоёмов и стоков). Было выделено 7 культур холерных вибрионов, в том числе 5 – из воды водоёмов, 1 – из смыва в домашнем очаге и 1 – из сточной воды, отобранной в КНС на территории очага.

сосунках выделенные штаммы были отнесены к эпидемически опасным.

На основании данных бактериологического и генотипического анализов у больных был подтверждён лабораторный диагноз «холера». Холерный вибрион, выделенный из водоёма в микрорайоне «Азино-1», признан идентичным штаммам, выделенным от больных. В дальнейшем эти штаммы изучались в профильном научно-исследовательском противочумном институте Ростова-на-Дону, где также была подтверждена их эпидемиологическая опасность.

В заключение следует отметить, что проведение такого объёма мероприятий и ликвидация очага холеры в столь короткий срок стали возможными только благодаря взаимодействию всех служб Минздрава и Госсанэпиднадзора в Татарстане.

Список литературы размещён в электронной версии журнала на www.healthynation.ru

# Золотой стандарт

# низкотемпературной стерилизации



В городской клинической больнице № 7 г. Казани состоялся круглый стол «Этиленоксидная стерилизация: практика и перспективы». Большой интерес специалистов вызвали решения компании 3М, которая уже 50 лет успешно внедряет в международную медицинскую практику стерилизационную систему Steri-Vac™.

В мероприятии приняли участие около 100 представителей эпидемиологической службы, заведующие и работники стерилизационных отделений из Татарстана. Чувашии. Республики Марий Эл. Ульяновской области. Круглый стол открыла главный эпидемиолог Городской клинической больницы № 7 Наталья Шайхразиева, познакомившая участников с историей больницы. которая в преддверии Универсиады-2013 была полностью обновлена, став одной из ведущих клиник Татарстана. Кстати, перед началом выступлений и обсуждений специалисты посетили централизованное стерилизационное отделение (ЦСО) учреждения, в котором сегодня успешно применяется система Steri-Vac™.

Почётный гость мероприятия - международный эксперт компании 3М Тушар Кширсагар - в своём приветственном слове отметил, что 3М вот уже 50 лет производит Steri-Vac™, постоянно совершенствуя



циональной для специалистов в области стерилизации. Не менее важным направ лением работы компании является разработка и внедрение в практику индикаторов контроля качества стерилизации. И здесь главным трендом, который поддерживает, а во многом и сам залаёт произволитель. является снижение сроков, необходимых для получения результатов.

О практических аспектах применения низкотемпературной стерилизации, современных методах контроля качества стерилизации, электронном учёте оборота инструментов, вопросах сервисного обслуживания рассказали: заведующий ЦСО ГКБ № 4 Департамента здравоохранения г. Москвы Пётр Демидов, старшая медицинская сестра ЦСО ФЦССХ им. А.Н. Бакулева Анна Горячева, представители компании 3М и другие.

По словам Петра Демидова, выбор метода низкотемпературной стерилизации обусловлен актуальной на данный момент нормативной базой, в частности, ГОСТ Р ИСО 17664-2012. Федеральным законом № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Требования государственных стандартов описывают, какие средства необходимо применять, концентрации действующих веществ, порядок проведения процедур и т.п. Одним из важнейших критериев выбора является возможность валидации, то есть метод должен предусматривать возможность постоянного подтверждения качества стерилизации.

В связи с активным развитием высоких медицинских технологий в настоящее время существенно расширился ассортимент медицинских изделий и инструментария, направляемых в ЦСО российских клиник. В том числе это термолабильные (неустойчивые к воздействию высоких температур) дорогостоящие эндоскопы, кардиостимуляторы, протезы сосудов, трансплантаты, стенты, интраокулярные линзы и т.д. «Они изготавливаются из различных материалов, имеющих разные коэффициенты теплового расширения, - рассказал Пётр Демидов. -Если мы будем стерилизовать их горячим паром, какие-то детали могут пострадать. Наша задача - не просто простерилизовать медицинское изделие многократного применения, но и сделать так, чтобы оно после этого было пригодным для дальнейшего использования»

Одним из наиболее активно применяемых сеголня в мире стерилянтов является





окись этилена, которая впервые была использована ещё в 1928 году. Десятилетиями она успешно применяется для стерилизации термо- и влагочувствительных изделий и инструментария в лечебнопрофилактических организациях.

«По пенетрации окись этилена не знает себе равных, - отметил заведующий ЦСО ГКБ № 4 г. Москвы. – Она проникает в любые каналы и полости изделий. Так. для проверки эффективности работы таких систем используются устройства контроля с диаметром трубки 1 мм и длиной 5 метров!»

Такие без преувеличения уникальные характеристики этиленоксидной стерилизации сделали её незаменимой при обработке, в частности, эндоскопов. По оценкам экспертов, перекрёстное инфицирование через эндоскопы ведёт к увеличению осложнений у пациентов. В таких высокотехнологичных медицинских инструментах существует много мест для проникновения и размножения микроорганизмов, их тяжело очищать и стерилизовать. Существующие стандарты позволяют использовать для гибких эндоскопов дезинфекцию высокого уровня. Однако при этом достигается лишь снижение количества или уничтожение микроорганизмов, но могут остаться устойчивые бактериальные споры. Воздействие высокой температурой и влажностью может повредить эндоскопы, применение химических стерилянтов ограничено длиной и

лиаметром каналов. Всех этих нелостатков лишены этиленоксидные стерилизационуые системы, которые признаны золотым стандартом надёжности для такого рода изделий.

Важным преимуществом данного метода является его валидируемость. «Имеются три стандарта, касающиеся стерилизации окисью этилена, - объясняет Пётр Демидов. -Это стандарт вадидации и текущего контроля



ГОСТ ISO 11135, госстандарты по химическим и биологическим индикаторам».

Для контроля стерилизации могут использоваться, в частности, химические индикаторы 4-го функционального класса 3М Comply™. При достижении заданных параметров процесса они кардинально меняют свой цвет на диаметрально противоположный, что означает, что процесс стерилизации прошёл достоверно.

В своём выступлении Пётр Демидов также поделился опытом применения биологических индикаторов от компании ЗМ. После проведения стерилизации их помещают в специальные инкубаторы (они же являются авторидерами), которые позволяют получить результаты уже через 1-4 часа.

# **ДЕТАЛИ**

### ПРЕИМУЩЕСТВА STERI-VAC™:

### Безопасность для персонала

тельном давлении) в заблокированной герметичной камере. Для безопасности персонала применяются одноразовые которые прокалываются под вакуумом и только при достижении определённых

конструкции обрабатываемых предметов и материалам, используемым для их изготовления.

Для этиленоксида установлены гигиенические нормативы. Благодаря опциональному устройству - абатору, воздейк абсолютному минимуму, так как он разлагает отработанный этиленоксид на углекислый газ и водяной пар с эффективностью 99,9 %\*.

Использование этиленоксидных стерили-2-4 раза по сравнению со стоимостью цикла стерилизации пероксидом водорода или по сравнению с дезинфекцией высокого уровня. \*\*

В случае концентрации этиленоксида больше эффективность составляет 99 %.

\*\* «Стерилизация и госпитальные инфекц

**Healthy Nation** 







Рустем ГАЙФУЛЛИН, Марат МАЗИТОВ, Людмила КУЛАГИНА, Инна ВАЛИУЛЛИНА, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ»

# **Профилактика ВБИ –** в приоритете

Прогресс в медицине определяет увеличение продолжительности и качества жизни населения, но по-прежнему актуальной для российских ЛПУ остаётся проблема внутрибольничных инфекций.

Наиболее достоверные статистические данные по заболеваемости, летальности и экономическим потерям от внутрибольничных инфекций (также называемых госпитальными, нозокомиальными, связанными с оказанием медицинской помощи) мы можем найти лишь в зарубежных источниках. Заболеваемость ВБИ в Чехословакии находится на уровне 163, США – 50–100, Бельгии – 29 на 1 000 пациентов. При этом согласно официальным данным в России этот показатель колеблется от 0,7 до 1,9. Заниженная регистрация ВБИ в нашей стране обусловлена следующими причинами:

- сокрытием случаев из-за опасения принятия юридических санкций как со стороны Роспотребнадзора, так и страховых медицинских организаций;
- разными подходами, используемыми клиницистами и эпидемиологами при постановке диагноза «ВБИ».

Многие клиницисты рассматривают некоторые формы ВБИ как неинфекционную патологию, а в хирургических стационарах ВБИ относят в лучшем случае к разряду осложнений. Отсутствие объективных данных создаёт видимость санитарно-эпидемиологического благополучия и не

способствует разработке и внедрению профилактических мероприятий.

Согласно определению ВОЗ внутрибольничные инфекции — это любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются соответствующие симптомы во время нахождения данных лиц в

Частота ВБИ варьирует в широких пределах и зависит от типа стационара, степени инвазии и агрессии лечебнодиагностического процесса, характера основной патологии, тактики применения антибактериальных препаратов, дезинфектантов и других факторов.

Опасность ВБИ определяется, прежде всего, ростом резистентности госпитальной микрофлоры к имеющимся в арсенале специалистов антибактериальным препаратам.

В докладе Всемирной организации здравоохранения «Устойчивость к противомикробным препаратам: глобальный доклад по эпиднадзору» от 5 мая 2014 года говорится о том, что серьёзная опасность ВБИ – это не прогноз на будущее, она проявляется прямо сейчас во всех регионах мира и может отрицательно сказаться на каждом, независимо от возраста, страны, где он проживает.

В России проблема резистентности приблизилась к критическому уровню. Так, по данным Экспертного совета по здравоохранению комитета Совета Федерации по социальной политике от 8.02.13 более 15 % штаммов синегнойной палочки в отделениях реанимации различных регионов России устойчивы к большинству имеющихся антибиотиков. Более 60 % энтеробактерий резистентно к цефалоспоринам третьего поколения. При этом отмечено, что развитие ВБИ, вызванных резистентными возбудителями, часто нивелирует результаты как высокотехнологичных, дорогостоящих и жизненно важных вмешательств, так и терапии пациентов в отделениях общехирургического профиля, интенсивной терапии, неонатологии

Остаются актуальными и ранее указанные факторы возникновения ВБИ:

 создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией и интенсивными миграционными процессами; Более 15 % штаммов синегнойной палочки в отделениях реанимации различных регионов России устойчивы к большинству имеющихся антибиотиков. Более 60 % энтеробактерий резистентно к цефалоспоринам третьего поколения. При этом отмечено, что развитие ВБИ, вызванных резистентными возбудителями, часто нивелирует результаты как высокотехнологичных, дорогостоящих и жизненно важных вмешательств, так и терапии пациентов в отделениях общехирургического профиля, интенсивной терапии, неонатологии.

- наличие в них большого числа источников инфекции;
- возрастание роли артифициального и активизация естественных механизмов передачи инфекции;
- нерациональное применение антимикробных препаратов;
- увеличение в популяции групп повышенного риска (пожилые люди, недоношенные дети, больные с хроническими заболеваниями);
- снижение неспецифических защитных
- несоответствие нормативам площадей и набора основных и вспомогательных помещений в ЛПУ и нарушение в

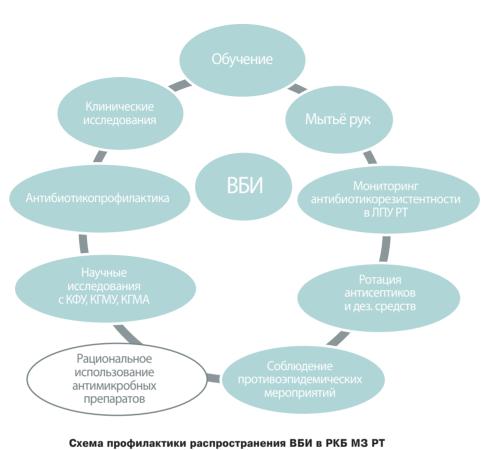
них санитарно-противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов;

 недостаточная компетентность медицинских работников, особенно среднего медицинского персонала, которому отводится основная роль в профилактике ВБИ.

Механизмами передачи ВБИ в этой связи в большей степени являются специфические факторы, такие как:

• артифицированный – медицинские парентеральные манипуляции (инъекции, гемотрансфузии, гемодиализ, гемосорбция, оперативные вмешательства, гинекологические, стоматологические, урологические процедуры, мануальные и эндоскопические исследования);





- естественный через открытые ожоговые или травматические раны, открытые гнойно-воспалительные очаги, полости и тракты с нарушенной целостностью слизистой оболочки:
- аутоинфицирование через дефекты кожи и слизистой оболочки из мест носительства.

Таким образом, понятия «ВБИ» и «антибиотикорезистентность» неразрывно связаны друг с другом.

Ликвидация ВБИ, возникающих в ЛПУ, и лечение таких пациентов требуют значительного бюджетного финансирования. Вместе с тем такие затраты экономически обоснованы. Так, минимальный экономический ущерб, наносимый ВБИ ежегодно в Российской Федерации, по ориентировочным оценкам составляет около 5 млрд рублей. Экономические убытки вследствие ВБИ в США составляют от 5 до 10 млрд долларов. Снижение антибиотикорезистентности микроорганизмов приведёт к снижению затрат на лечение, повышению качества оказания медицинской помощи.

Основные направления профилактики ВБИ определены в Концепции профилактики внутрибольничных инфекций, утверждённой Минздравсоцразвития России 06.12.1999:

- оптимизация системы эпидемиологического надзора за ВБИ;
   совершенствование лабораторной диа-
- гностики и мониторинга возбудителей ВБИ; • повышение эффективности дезинфек-
- повышение эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;
- разработка стратегии и тактики применения антибиотиков и химиопрепаратов;
- оптимизация мер профилактики ВБИ с различными путями передачи и борьбы с ними;
- рационализация основных принципов госпитальной гигиены;
- оптимизация принципов профилактики
   ВБИ медицинского персонала;
   оценка экономической эффективности
- мероприятий по профилактике ВБИ; проведение клинических исследова-
- научные исследования по повышению эффективности антибактериальной терапии и отслеживания распространения проблем-

ных штаммов.

Кабинет Министров Республик Татарстан в Постановлении № 600 от 1.09.2009 утвердил республиканскую целевую Программу «Профилактика внутрибольничных инфекций на 2010-2012 годы», которая была с успехом реализована. Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» в продолжение программы определило проблемы, связанные с профилактикой распространения ВБИ, как одни из самых приоритетных в клинике.

За последние годы в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» проведена большая работа:

- мониторинг распространения микроорганизмов в отделениях клиники, внедрение качественных рекомендаций по инфекционному контролю (мытьё рук, изоляция пациентов – носителей проблемной микрофлоры и т.д.), основанных на доказательных данных:
- образовательные программы для врачей и медицинских сестёр;
- контроль за назначением антимикробных препаратов.

Разработанная схема по профилактике распространения ВБИ позволяет охватить все доступные механизмы по её предупреждению.

В ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» проблемой ВБИ занимаются медицинские работники различных специальностей: организаторы



Минимальный экономический ущерб, наносимый ВБИ ежегодно в РФ, по ориентировочным оценкам составляет около 5 млрд рублей. Экономические убытки вследствие ВБИ в США составляют от 5 до 10 млрд долларов. Снижение антибиотикорезистентности микроорганизмов приведёт к снижению затрат на лечение, повышению качества оказания медицинской помощи.

здравоохранения, госпитальные эпидемиологи, микробиологи, фармакологи и клиницисты.

Данное направление будет систематично и методично развиваться в рамках деятельности всей клиники, но работа по профилактике распространения ВБИ не должна быть локальной, проводиться исключительно в одном отделении или больнице. Перемещение пациентов из одного учреждения здравоохранения в другое носит постоянный характер, и данный факт обуславливает необходимость проведения мероприятий по профилактике ВБИ повсеместно, с привлечением республиканских и федеральных органов власти.

Проведение мониторинга заболеваемости ВБИ в различных видах ЛПУ позволит выявить их специфику и определить приоритеты при проведении тех или иных профилактических мероприятий, а систематический анализ будет способствовать их своевременной корректировке.

Необходимо создание и внедрение территориальных программ по профилактике ВБИ в каждом ЛПУ с учётом его специфики, в т.ч. программ инфекционного контроля. Они должны включать стандарты и алгоритмы оказания медицинской помощи, алгоритмы применения антибиотиков, антисептиков и дезинфектантов, гигиенические стандарты (мытьё рук), стандартные определения случаев ВБИ (микробиологический и санитарный контроль) и программы обучения медицинского персонала. В ЛПУ должен быть организован систематический тренинг медицинских сестёр. Их подготовку необходимо проводить с учётом специфики работы в различных функциональных подразделениях ЛПУ.

С целью улучшения ситуации, прежде всего, необходимо обеспечить объективный учёт и регистрацию ВБИ. В этой связи должна проводиться соответствующая подготовка руководителей ЛПУ, госпитальных эпидемиологов и всего медицинского персонала (дополнительные образовательные программы ГБОУ ВПО «КГМУ» и ГБОУ ДПО «КГМА»). Целесообразны оптимизация учётных и отчётных форм ведения медицинской документации и создание единой системы унифицированных документов в лабораторных информационных системах.

Существенным моментом в совершенствовании профилактики ВБИ является создание мотивации в деятельности персонала. В настоящее время нельзя отказываться от командно-административных и экономических методов управления, которые предполагают материальные поощрения и наказания.

Успех программы по профилактике ВБИ возможен при условии командной работы обученных и преданных делу врачей и медицинских сестёр ЛПУ, ориентирующихся на нужды медперсонала и пациентов, готовых учиться, учить и признавать достижения программы.



Рафаэль ШАВАЛИЕВ, главный врач ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» Олег КУЛИКОВ, заместитель главного врача по организационно-методической работе, к. м. н. Гэльнур КЛЕТЕНКОВА, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Надежда ПОГУЛЯЙ, заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом Ильсия ФАЗУЛЗЯНОВА, заведующая эпидемиологическим отделом, к. м. н.

# Идеология безопасности пациента

# как основа деятельности Детской республиканской клинической больницы

Безопасность пациента рассматривается как одна из главных составляющих качества медицинской помощи, и первостепенное значение здесь имеет организация работы по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ). Современные подходы создания безопасной среды для пациента и персонала должны стать неотъемлемой частью корпоративной стратегии медицинской организации.

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ — многопрофильная клиника, оказывающая все виды медицинской помощи детскому населению Татарстана. В соответствии с основополагающими принципами здравоохранения, дружественного к пациентам, была сформулирована внутренняя миссия для сотрудников: «С заботой о каждом ребёнке». Основной стратегией

ДРКБ МЗ РТ стало повышение качества медицинской деятельности. В части профилактики ВБИ перед клиникой стоят следующие задачи:

- 1. Достижение адекватного ресурсного обеспечения безопасности.
- Формирование команды единомышленников, приверженных идеологии безопасности пациентов.



# Приоритеты развития

- 3. Внедрение инструментов менеджмента качества как основы непрерывного совершенствования системы безопасности.
- 4. Создание эффективной системы коммуникации с внутренними потребителями.
- 5. Организация продуктивного внешнего взаимодействия с партнёрами внутри отрасли.

Общий поток пациентов в ДРКБ МЗ РТ внушителен - более 300 тысяч детей в сопровождении их законных представителей ежегодно. Более 30 тысяч из них - пациенты круглосуточного стационара. Количество оперативных вмешательств составляет более 10 тысяч в гол Многопрофильность клиники с большим спектром и объёмом медицинских вмешательств, высокая концентрация тяжёлых больных, в том числе новорожлённых с экстремально низкой массой тела, чрезмерная загруженность персонала - это риски развития ВБИ, характерные лля летской больницы третьего уровня. Они были учтены руководством при проведении капремонта и приобретении медицинского оборудования в рамках программы модернизации в 2011-2012 гг. Именно тогда была заложена основа для достижения адекватного ресурсного обеспечения безопасности:

- создана принципиально новая модель приёмно-диагностического отделения круглосуточного стационара, позволяющая чётко разделять потоки пациентов по эпидемиологическому принципу;
- помещения операционных и неонатальных блоков, реанимационных отделений, палат интенсивной терапии и палаты для ожоговых больных оборудованы замкнутыми системами высокой очистки воздуха;
- все санитарно-эпидемиологически значимые помещения больницы отремонтированы в строгом соответствии с санитарными правилами и нормами;
- центральное стерилизационное отделение (ЦСО) обеспечено достаточным набором производственных помещений для выполнения всех технологических операций и оснащено двумя автоматическими моечнодезинфицирующими машинами проходного типа с запрограммированной сушкой. Данная технология позволила исключить риски, связанные с человеческим фактором: несоблюдение времени экспозиции, неточную дозировку дезинфектанта, а также инфицирование медперсонала. Использование в ЦСО упаковочных машин роторного типа обеспечивает простоту контроля годности стерильных изделий:
- для профилактики внутрибольничных заражений воздушно-капельными инфекциями используются облучатели-рециркуляторы закрытого типа, позволяющие проводить обеззараживание воздуха в присутствии посетителей, а также генераторы аэрозолей при проведении санитарной обработки;
- все лечебно-диагностические отделения стационара оснащены доступными как для персонала, так и для пациентов настенными системами бесконтактной дезинфекции рук Steripower White Edition;
- с 2013 года в ДРКБ реализуется уникальный инновационный проект по передаче на аутсорсинг стирки медицинской одежды. В больнице установлены электронные терминалы с комплектами чистой и коллекторы

для приёма использованной спецодежды. Электронный контроль оборота одежды также позволяет устранять риски, связанные с человеческим фактором.

Наличие современной ресурсной базы не исключает актуальность проведения мероприятий по непрерывному улучшению деятельности клиники. Стратегия управления персоналом (СУП) признана руководством одной из ключевых. В 2014 году в СУП были внесены коррек-

статусом уполномоченных по качеству, организовано их обучение, а также распространение передового опыта:

- проводятся внеочередные и плановые аудиты качества медицинской помощи, результаты которых доводятся до уполномоченных, с последующим принятием управленческих решений:
- успешно реализуются проекты «Наставничество» и «Бережливое производство», спо-



тивы, связанные с переходом на процессные принципы управления. Сформулированы основные задачи реализации стратегии:

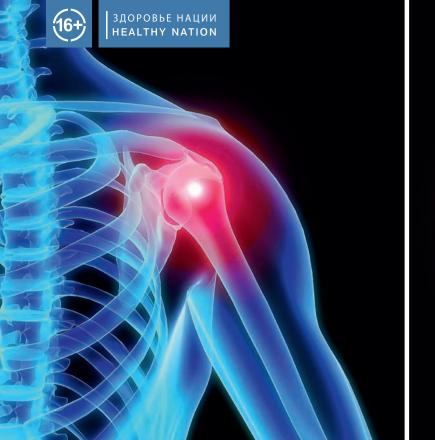
- Создание условий для развития и совершенствования как отдельных сотрудников, так и организации в целом.
- 2. Повышение ответственности линейных руководителей путём придания им статуса уполномоченных по качеству.
- 3. Обеспечение эффективного планирования и мониторинга деятельности на каждом уровне управления.
- 4. Повышение корпоративной культуры организации.
- Привлечение сотрудников к процессу совместного управления клиникой.
- С целью выполнения поставленных задач в больнице реализуются следующие проекты:
- осуществлён переход на оплату стационарных услуг по клинико-статистическим группам, что позволяет медицинским работникам достичь конечного результата лечения в более короткие сроки и таким образом уменьшить риски их внутрибольничного заражения;
- внедрена система мониторинга пациентов стационара путём присвоения им кода повышенного внимания, позволяющая оптимизировать сроки их пребывания в стационаре;
- создан совет по безопасности совещательный орган при главвраче, который ежемесячно рассматривает все вопросы безопасности деятельности ДРКБ МЗ РТ, включая профилактику ВБИ;
- внедряется интегрированная система управления качеством путём наделения заведующих отделений и старших медсестёр

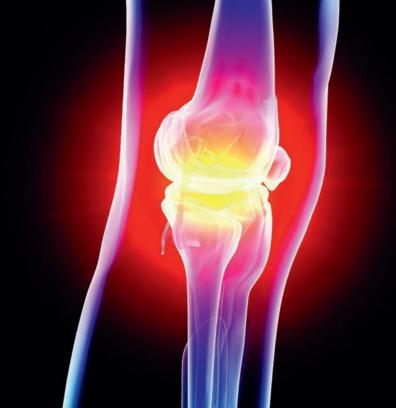
собствующие повышению производительности труда, минимизации издержек и рисков;

- для обеспечения непрерывного обучения сотрудников в больнице открыт библиотечноинформационный центр и оборудован симуляционный класс для совершенствования практических навыков врачей и медсестёр;
- в сентябре 2014 года в больнице начата реализация большого образовательного проекта «Улучшение деятельности ДРКБ через внедрение процессного подхода и управления рисками».

В рамках реализации маркетинговой стратегии основные действия руководства ДРКБ МЗ РТ были направлены на взаимодействие с внешними отраслевыми партнёрами, а также пациентами и их представителями. В 2014 году с большинством детских клиник первого и второго уровня были заключены соглашения по обеспечению оптимальной маршрутизации пациентов, что позволит существенно снизить риски заноса инфекций в больницу извне-Особое внимание в клинике улеляется «социальному» маркетингу - активному информационному взаимодействию с существующими и потенциальными пациентами, их представителями. Наряду с традиционными санитарнопросветительскими мероприятиями начата реализация нового образовательного проекта для родителей «Школа выписки».

Проблема ВБИ давно вышла за рамки отрасли и требует системного подхода на уровне всего государства и общества в целом. ДРКБ МЗ РТ, являясь региональной клиникой, нацелена на её комплексное решение в содружестве со всеми участниками медицинского кластера республики.









Марат САЛЫКОВ, главный врач ГАV3 «Горолская клиническая больница № 7» г. Казани Равия МУХИНА, руководитель Городского ревматологического центра (ревматологического отделения)

# Пять шагов к здоровым суставам

Новые направления ревматологии, имеющие особое значение для врачей и пациентов, стартовали на базе Городской клинической больницы № 7 г. Казани. Пять международных образовательных программ направлены на достижение контроля над заболеванием и облегчение состояния пациентов.

7-я городская больница – один передачи необходимой информации, обиз нескольких медицинских центров России, где получили поддержку международные образовательные проекты, направленные на борьбу с ревматологическими заболеваниями

Целью образовательных школ является увеличение уровня осведомлённости пациентов о ревматических заболеваниях и принципах их мониторирования и контроля совместно с лечащим ревматологом. Программа школ разработана и выполняется с привлечением ведущих региональных и федеральных экспертов, а также медицинских сестёр кабинетов терапии генноинженерными биологическими препаратами (ГИБП). Информирование пациента о заболевании, цели и плане лечения является одним из принципов международной инициативы Treat to Target, направленной на повышение качества лечения больных. Такие школы – отличный инструмент для

мена опытом и налаживания диалога. Всё это позволяет улучшить качество жизни больного, предупредить раннюю инвалидизацию и потерю трудоспособности.

Важнейшая составляющая программы внедрение и развитие сети терминалов самооценки для пациентов с ревматическими заболеваниями. Такие терминалы дают

своих симптомов, отметить испытываемые им затруднения в повседневной жизи в связи с заболеванием и внести соответствующие ответы в клинические опросники, которые позволяют врачу получить на свой компьютер автоматически рассчитанные индексы активности заболевания. функциональной активности и качества жизни данного пациента. Благодаря удобному интерфейсу пациент может сам ввести в терминал данные о своём состоянии. Благодаря самостоятельной работе с терминалом пациент может больше узнать о своей болезни и ходе лечения.

горитмы помогают указать выраженность



Программа «Ревматологическая медсестринская служба» - инновационный образовательный проект для медсестёр кабинетов терапии ГИБП. В его задачи входит:

- повышение уровня знаний медсестёр и их роли в диагностике и лечении ревматических заболеваний:
- повышение образовательного уровня и приверженности пациентов к терапии ГИБП; - объединение усилий врача и пациента для улучшения эффективности
- и безопасности лечения

возможность пациенту под руководством медсестры вникнуть в особенности своего состояния. Специально разработанные ал-

Данные, полученные на терминале, поступают на стол врачу в виде графиков и таблиц, что очень удобно для отслеживания

динамики лечения различными препаратами. Кроме того, самостоятельная оценка пашиента очень важна и с точки зрения понимания своего состояния, ответственности за своё здоровье и мотивации на борьбу с заболеванием.

Проект «Развитие применения ультразвуковой диагностики в российской ревматологии» является частью международной программы TUI (Targeted Ultrasound Initiative), направленной на внедрение ультразвуковой диагностики в практику врача-ревматолога. В рамках данного проекта врачи учатся процессу самостоятельного проведения ультразвукового исследования суставов, мышц и сухожилий. УЗ-диагностика, например, колена или голеностопа, помогает выявить все нюансы патологических изменений в тканях, что значительно ускоряет процесс диагностики заболевания. Сертификационные курсы обучения ревматологов УЗИ-диагностике проводятся во многих городах России, в том числе и в Казани.

На базе клиники развивается и программа «Эксперт» по обмену опытом с зарубежными ревматологами. Наиболее прогрессивное и успешное лечение ревматических болезней связано с применением принципиально новых препаратов и методов лечения, в первую очередь генноинженерных биологических препаратов (ГИБП). Фармакотерапия должна сопровождаться постоянным мониторингом состояния больного, прохождения им всё более глубоких методов тестирования (кстати, для решения этой задачи успешно применяются уже упомянутые ранее терминалы самооценки). Именно поэтому врачам так необходимы знания, обмен опытом и профессиональными компетенциями со специалистами, успешно применяющими сложные и дорогостоящие препараты для лечения ревматических болезней.



# СЛЕЛАЙ САМ

являются новым высокотехнологичным ртрит, анкилозирующии спонди.

Ещё одна внедряемая программа «Виртуальный госпиталь». Это инновационный проект, представляющий собой онлайн-систему непрерывного листанционного последипломного образования ревматологов

Она призвана повысить профессионализм врачей в дистанционном режиме. Система включает в себя два учебных модуля, разделена на теоретическую и практическую части. В ней представлено двадцать смоделированных историй болезни виртуальных пациентов с диагнозами: «ревматоидный артрит», «спондилоартрит» и т.п. Специалисты, проходящие обучение, могут обследовать виртуальных пациентов, поставить диагноз и назначить им соответствующий терапевтический курс, наблюдать за ними в режиме онлайн и контролировать эффективность назначенного лечения. Весь процесс записывается, и впоследствии вся собранная информация оценивается в баллах с указанием допущенных ошибок и передаётся главному ревматологу региона, который делает выводы о компетентности каждого врача. В результате проект не только способствует повышению и развитию квалификации ревматологов, но и поддерживает высокий уровень медицинского обслуживания.

Такая активная образовательная деятельность приносит свои плоды. Квалификация специалистов и среднего медицинского персонала растёт, а вместе с ней повышается и качество медицинского обслуживания пациентов с ревматическими заболеваниями. Развивают в Казани и собственные проекты. Так, сегодня в стенах 7-й городской больницы разрабатывается совершенно новая программа - «Женщина в ревматологии». Этот проект призван решать вопросы социальной адаптации женщин, болеющих ревматическими заболеваниями. В программе отражены такие направления, как наблюдение, лечение, контроль заболевания, ведение беременности, консультация при родах и после них, вопросы социальной адаптации и многие другие. Сегодня этому проекту уделяется особое внимание, собирается статистика, проводится анализ состояния больных, хода течения их болезни. Городская клиническая больница № 7, являющаяся одним из ведущих в республике медицинских учреждений, открыта всему новому, здесь активно используются возможности, которые может предложить мировая клиническая практика. \*

ХУМИРА®: ДОВЕРИЕ,

ОСНОВАННОЕ НА ОПЫТЕ

ЛЕТ — ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ

ЛЕТ — ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ

9 ПОКАЗАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ 71

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ высокий профиль БЕЗОПАСНОСТИ\*\*

**6** ПОКАЗАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ

15 ЛЕТ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ **ИССЛЕДОВАНИЯХ\*** 



# Сила Побеждать

7 ЛЕТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ6

85 СТРАН, В КОТОРЫХ ПРЕПАРАТ ХУМИРА® ЗАРЕГИСТРИРОВАН

>740 000

ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮТ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ ХУМИРА® В МИРЕ

>23 000

ПАЦИЕНТОВ В ГЛОБАЛЬНЫХ клинических ИССЛЕДОВАНИЯХ<sup>4</sup>



abbvie



Начиная с исследования по ревматоидному артриту с первого введения в клиническом исследовании

# **Успехи** неврологии как залог увеличения

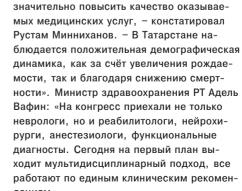
продолжительности жизни III Российский



Смертность от инсульта в России за последние пять лет снизилась более чем на 40 %. Результаты сосудистой программы обсудили в Казани на III Российском международном конгрессе «Цереброваскулярная патология и инсульт».



В работе конгресса приняли участие около двух тысяч ведущих специалистов из российских регионов и других стран. Президент Татарстана Рустам Минниханов витие медицины и реализация программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности, - приоритетные направления социальной политики. Продолжается модернизация здравоохранения, за последние годы значительно улучшилась материальнотехническая база ведущих республиканских клиник и учреждений первичного звена. «Проводимая системная работа позволила



# ПРИОРИТЕТЫ

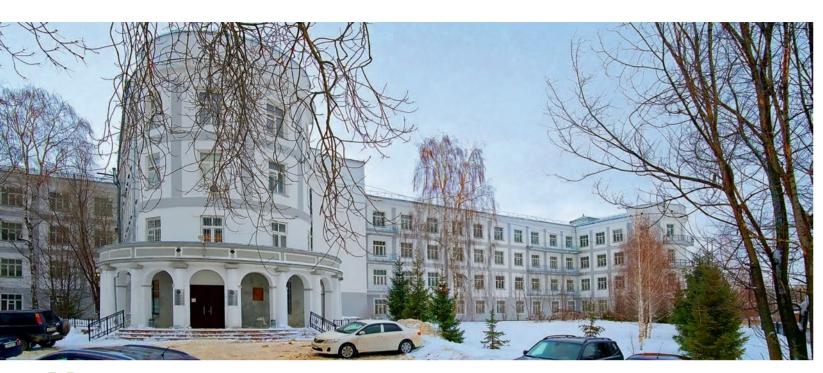


мой ГЛОНАСС.

Впервые за 2013 год диагностировано 1,8 млн

Литература: 1. Poddubnyy D, Rudweleit M. Efficacy and safety of adalimumab treatment in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Expert Opin Drug Saf. 2011 Jul;10(4):665-73. doi: 10.1517/14740338.2011.581661. Epub 2011 May 10. 2. Keystone E et al. Effective disease control following up to 10 years of treatment with adalimumab in patients with long-standing rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrevate: final 10-years per results of the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, juvenile diopathic arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, psoriation and an inadequate response to methotrevate: final 10-years for treatment of the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, ankylosing spondylitis and an inadequate response to methotrevate: final 10-years for the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, ankylosing spondylitis and an inadequate response to methotrevate: final 10-years for the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, ankylosing sponse to methotrevate: final 10-years of the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, ankylosing spondylitis and an inadequate response to methotrevate: final 10-years of the DE019 trial. EULAR 2012-SAT0127. A HUMIRA® (summary of product characteristics), AbVive Inc.; 25.04.2013. http://www.medcines.org.uk/emc/media/arthritis, ankylosing spondylitis and an inadequate response to methotrevate in inadequate **Healthy Nation** 





# Новые горизонты

# открывает модернизация старейшей в Казани Городской клинической больницы № 5

Лечебное учреждение с богатейшей историей и опытным коллективом ждут большие перемены. В 2015 году здесь будет проведён капитальный ремонт, клиника будет оснащена современным оборудованием, в соответствии с требованиями времени.

На традиционной пресс-конференции по итогам года министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин заявил, что несмотря на экономические трудности в стране, республика продолжит модернизацию лечебных учреждений, одним из которых в 2015 году станет ГАУЗ «Городская клиническая больница № 5».

«Президентом Татарстана принято принципиальное решение по 5-й городской клинической больнице, на проведение капитального ремонта и оснащение современным оборудованием выделено 189 миллионов рублей, - рассказал руководитель ведомства. - Нами разработано медикотехническое задание, сейчас проектный институт готовит соответствующие решения. Для нас это особенно важно, потому что хирургическая школа, которая сегодня есть в Казани, начиналась в этой больнице для нас это ещё и история. Ряд направлений хирургического профиля, такие как проктология, Центр диабетической стопы, гнойная хирургия и гинекология работают

на высоком профессиональном уровне, имеют хорошие результаты, несмотря на скромную материально-техническую базу. Здесь будет современная хирургическая клиника, уверен, что в будущем году нам удастся реализовать этот проект».

войны её переоборудовали в эвакогоспиталь № 2779. Здесь зарождались и развивались такие новые разделы медицины, как онкология, неотложная и общая хирургия, травматология, гинекология, урология, анестезиология, костно-суставная и легочная фтизиатрия, проктология, нефрология, неврология, кардиология, ЛОР и др. Имея такой разнообразный состав отделений. больница являлась не только лечебным учреждением, но и основной учебной базой ГИДУВа и медицинского института, где работали такие выдающиеся учёные, как Г.Л. Жарковский, М.З. Сигал, В.М. Осиповский, Ю.А. Ратнер и другие. Многие врачи и учёные, начинавшие свою деятельность в этой больнице, впоследствии сами возглавили различные службы здравоохранения.

Клиническая больница № 5 г. Казани была открыта как единый диспансер 6 июня 1937 года (здание строилось по проекту М. Густова, является памятником архитектуры) и стала первым крупным многопрофильным лечебным учреждением города и республики. В годы Великой Отечественной войны её переоборудовали в эвакогоспиталь № 2779.

Клиническая больница № 5 г. Казани была открыта как единый диспансер 6 июня 1937 года (здание строилось по проекту М. Густова, является памятником архитектуры) и стала первым крупным многопрофильным лечебным учреждением города и республики. В годы Великой Отечественной

«Сегодня в больнице есть два уникальных направления, которые очень востребованы в республике, – объясняет главврач больницы Юрий Коршун. – Первое – это Центр «Диабетическая стопа», которым руководит доцент кафедры общей хирургии КГМУ Константин Корейба. В 2013 году был получен

# **ЦИФРЫ**

Основные виды деятельности ГКБ №5 - оказание населению медицинской помощи: экстренной, неотложной, консультативной, диагностической и лечебно-профилактической.

ГКБ № 5 расположена в 4-этажном корпусе общей площадью 7311,5 кв. м. Она рассчитана на 234 стационарные койки. Клиника имеет кафедру медицинского университета по общей хирургии и кафедру внутренних болезней.

В больнице имеются следующие лечебно-диагностические отделения: отделение терапии – 40 коек; отделение гнойной хирургии – 50 коек; отделение неврологии – 32 койки + 5 коек для дневного стационара; отделение гнойной хирургии для травматологических больных – 25 коек; отделение гнойной хирургии для гинекологических больных – 50 коек; палата интенсивной терапии – 5 коек; отделение колопроктологическое – 27 коек; рентген-кабинет;

клинико-диагностическая лаборатория; физиотерапевтическое отделение; 4 операционных блока, которые оснащены современным хирургическим и анестезиологическим оборудованием для хирургических операций.

В операционных 5-й городской клинической больницы проводятся следующие операции: гнойная хирургия – ампутация конечностей, вскрытие флегмон, абсцессов, секвестрэктомия, венэктомия, кожная пластика; гинекология – ампутация и экстирпация матки, удаление кист, операции по поводу внематочной беременности, резекция яичников, удаление придатков; гнойная травматология – ЧКОС аппаратом Илизарова, ЧКОС стержневым аппаратом, некроэктомия, секвестрэктомия, аутодермопластика; проктология – гемороидоэктомия, иссечение эпителиально-копчикового

иссечение эпителиально-копчикового хода.

Все отделения нашей больницы оказывают экстренную помощь больным в полном объёме.

международный патент на наш метод лечения осложнений сахарного диабета в форме гнойных или трофических язв. Если в России надколенные ампутации при подобном диагнозе составляют более 15 %, то у нас - 1.9 %. Разница очень ошутимая, а ведь за этими цифрами стоят люди, которые избежали инвалидности, могут сами себя обслуживать и трудиться. Второе направление - это Городской центр проктологии, где только за 2013 год пролечено в стационаре 932 пациента, 4216 - принято амбулаторно. 200 исследований в год проводятся в Центре безболезненной эндоскопии. На методики хирургического лечения у нас также имеются патенты».

Городская клиническая больница № 5 г. Казани является базой кафедры общей хирургии и кафедры факультетской терапии КГМУ. Также здесь обучаются курсанты КГМА, учащиеся медицинского колледжа и фармацевтического училища. Хотя аудитории полностью обеспечены наглядными и учебно-методическими пособиями, основные знания и бесценный практический опыт будущие врачи получают, в основном, у постели пациента, в операционных и перевязочных клиники, на приёме, при оформлении медицинской документации, диагностике заболеваний и их лечении.

Капитальный ремонт учреждения начнётся 15 января, а закончиться все работы должны к 20 августа. Будут отремонтированы все этажи больницы, включая чердак и подвал, проведено благоустройство территории. Инженерные сети заменят с учётом перепланировки палат – от вместимости на 8–12 человек больница перейдет на палаты для 2–4 пациентов с отдельным душем и санузлом. Предусмотрена одна палата класса люкс.

«Многое предстоит изменить, - говорит Юрий Коршун. - Запланирован новый приёмный покой, потоки будут разделены на «плановых» больных и поступающих в экстренном порядке это совершенно необходимо с учётом гнойно-септической специализации больницы и её социальной направленности, к нам ведь и ВИЧ-положительные пациенты поступают. Все операционные мы уберём из отделений и соберём в один блок. Планируем открыть большое отделение диабетической стопы. Будут установлены подъёмник для пиши и три лифта. И конечно, закупим современное оборудование для диагностики и

В заявку включена вся аппаратура, которая позволяет провести полноценное обследование пациента: компьютерный томограф; современные эндоскопы, которыми можно обследовать не только прямую кишку, но и весь кишечник; новые электрокардиографы и аппараты УЗИ; цифровой рентген-аппарат. Пришло время заменить и диагностическое оборудование для лаборатории – автоматизированные комплексы дают возможтизированные комплексы дают возмож-

ность получить анализы крови или биохимические анализы в кратчайшие сроки. Это позволит не только быстро поставить диагноз, но и проводить эффективный мониторинг состояния больного.

Из лечебного оборудования запланировано приобретение разнообразной аппаратуры для физиотерапии: магнитолечения, ультразвуковой терапии, кварца и прочего. И конечно, на новый уровень поднимается оснащение для хирургии.

«Эндоскопическая стойка совершенно необходима при самых разных патологиях, – говорит главврач 5-й ГКБ. – Особенно в гинекологии, чтобы через маленький прокол осмотреть и провести вмешательство. Это и менее болезненно, и менее травматично,



что сокращает сроки лечения. Есть потребность в хорошем наркозном аппарате, современных операционных столах. В палатах будут стоять не простые кровати, как сейчас, а функциональные, из нескольких управляемых сегментов – так что можно будет установить в нужное положение голову, спину больного. Многие больницы Татарстана сегодня получили достойное оснащение, по современным стандартам, мы тоже стремимся приблизиться к этом уровню. Этим летом нашу больницу посещал Президент РТ Рустам Минниханов, и он отметил, что у нас очень хороший профессиональный коллектив, но ему нужны соответствующие условия».

Подытоживая, стоит добавить, что сегодня руководством здравоохранения республики обсуждается возможность расширения зоны ответственности Центра диабетической стопы, расположенного в 5-й горбольнице, до масштабов не только региона, но и всего Поволжья. Все научные и клинические предпосылки к этому есть, теперь главный вопрос в том, чтобы создать здесь достойные условия. Коллектив ГКБ № 5 возлагает на грядущий 2015 год большие надежды.

# Глеб Михайлик: «Частная и государственная медицина — звенья одной цепи»

В октябре в роддоме клиники «АВА-Казань» родились первые близнецы, зачатые в этом же учреждении с помощью метода ЭКО. Это радостное событие символично, ведь именно девять месяцев назад была закончена инвестиционная фаза этого проекта государственно-частного партнёрства. О первых итогах работы и планами на будущее с Healthy Nation поделился генеральный директор компании-инвестора «АВА-ПЕТЕР» Глеб Михайлик.



- Глеб Владимирович, два года назад вы рассказывали нашему журналу о готовящейся к открытию клинике «АВА-Казань». Как вы оцениваете первые итоги её работы?

- Наверно, правильней будет вести отсчёт с момента, когда компания «АВА-ПЕТЕР» подписала меморандум о намерениях с мэрией Казани, семь лет назад. За эти годы мы прошли большой путь, и сегодня «АВА-Казань» стала одной из визитных карточек города, расположенных в самом центре столицы Татарстана. С одной стороны, здание клиники имеет историческую ценность как

памятник культуры, с другой — с ней связано и будущее Казани, ведь мы вносим свой вклад в рождение её новых жителей. Кстати, сегодня сюда начали приезжать и из других регионов. Клиника становится точкой притяжения для людей, которые хотят получить качественную и современную медицинскую помощь в области репродуктивных технологий, диагностики, хирургии.

При этом «АВА-Казань», по сути, только начинает свою работу, последнее из запланированных отделений клиники было открыто в январе 2014 года. С этого момента мы перестали вкладывать средства



в строительство и оснащение. А в сентябре состоялось ещё одно крайне знаковое для нас событие — клиника пересекла «точку безубыточности», то есть больше нет необходимости финансировать её операционную деятельность. Реализация проекта идёт в полном соответствии с запланированным графиком.

Экономическая теория говорит о том, что greenfield hospital (госпиталь, который строится с нуля) может начать приносить прибыль инвестору только в долгосрочной перспективе — порядка 15 лет. Проектная загрузка достигается в течение трёх лет, на сегодня мы достигли 40 % от возможного максимума. Пока «АВА-ПЕТЕР» финансово поддерживает дочернюю клинику «АВА-Казань», но её динамичное развитие налицо.

 Клиника работает в рамках государственно-частного партнёрства. Каким образом обеспечивается преемственность медицинской помощи при оказании платных и бесплатных услуг?

- Муниципалитет является одним из акционеров клиники «АВА-Казань», он передал нам имущественный комплекс на улице Профсоюзной. Наша компания вложила более миллиарда рублей в реставрацию здания - памятника исторического значения. Сегодня здесь функционирует первый в Казани частный перинатальный центр второго уровня, мы можем оказывать услуги по ведению беременности, принимать роды, выхаживать новорождённых. проводить первичные реанимационные мероприятия. Нам удалось собрать команду из настоящих профессионалов, создать условия, соответствующие европейским стандартам.

Конечно, при появлении проблем, выходящих за рамки нашей компетенции, мы направляем ребёнка в республиканские центры высоких медицинских технологий.

Вторая часть проекта государственночастного партнёрства — концессионное соглашение с Правительством Татарстана о передаче в управление на десять лет Республиканского центра планирования семьи и репродукции на улице Гвардейской, который был нами модернизирован и переоснащён, и сегодня работает под брендом «АВА-ПЕТЕР».



Основная его задача — выполнение программы госгарантий в области репродуктивных технологий. В этом году мы получили финансирование порядка 900 циклов ЭКО и 25 тысяч приёмов акушера-гинеколога и уролога-андролога в рамках обязательного медицинского страхования. «АВА-Казань» тоже начала работать в системе ОМС по направлению репродукции и магнитнорезонансной томографии. На сегодня мы проводим переговоры с руководством республики и Фондом ОМС по дальнейшему расширению перечня услуг, оказываемых в

или чтобы здесь оказывалась медицинская помощь по низкому тарифу? Конечно, мы выбираем второй вариант. Работа в системе ОМС позволяет клинике скомпенсировать часть расходов.

### Каковы ваши планы на будущее?

- Казань хорошеет с каждым годом, динамично развивается. Соответственно, растёт потребность в медицинской помощи, наши услуги могут быть обеспечены платежеспособным спросом. Мы также готовы к дальнейшему партнёрству с властями города и республики, для того чтобы решать те за-

репродуктивных технологий, а затем стала многопрофильной. Впоследствии мы начали открывать отделения клиники в других районах Северной столицы, приближая медицинскую помощь к жителям. Сегодня у нас функционируют 10 таких филиалов. Казань менее населённый город, но возможно, и здесь мы пойдём таким же путем. Формат таких отделений, их количество и месторасположение — вопрос открытый, всё зависи от наших инвестиционных возможностей и успешного развития клиники «АВА-Казань». В любом случае Татарстан для нас является одним из приоритетных регионов.

### Каковы ваши впечатления от работы в нашей республике?

- У нас сложилось крайне положительное впечатление о Татарстане. Наши инициативы нашли поддержку руководства республики, правительства, с самого начала удалось наладить хорошие рабочие контакты с Айратом Фарраховым и нынешним главой Минздрава РТ Аделем Вафиным. Руководство региона отличает очень прогрессивный подход к реализации новых проектов. Казань заинтересована в том, чтобы сюда приходили инвесторы, и готова оказывать им максимальное содействие. Даже в родном Санкт-Петербурге у нас не всегда было такое эффективное взаимодействие с властями.

Любой проект, особенно региональный, начинается с поиска квалифицированного местного руководителя. Нам повезло



этой клинике по программе госгарантий. Это наш осознанный выбор, мы стараемся быть более вовлечёнными в структуру общественного здравоохранения.

Я считаю, что частная и государственная медицина — это звенья одной цепи. При этом для нас важно сохранить баланс интересов, в том числе коммерческих. Работать по существующим тарифам ОМС крайне сложно, большинство из них экономически не обоснованы. Мы вынуждены действовать избирательно. Если у нас стоит аппарат МРТ и нет пациента, готового получить платную услугу, что лучше — чтобы техника простаивала,

дачи, которые ставятся перед общественным здравоохранением. Ни для кого не секрет, что наполняемость бюджета падает, при этом социальные обязательства у государства остаются прежними. Задача частного инвестора — встроиться в систему здравоохранения. Главное — создать экономически обоснованную модель, которая, во-первых, чётко бы отражала спрос, а во-вторых, источники финансирования.

«АВА-Казань» во многом повторяет путь клиники «Скандинавия» нашей сети, которая уже более 10 лет работает в Санкт-Петербурге. Она тоже начиналась как центр



встретить Фираю Сабирову, которая является отличным управленцем и специалистом. Не было бы её — не было бы этого проекта. В «АВА-Казань» мы создали около 200 рабочих мест, привлекли высококвалифицированных специалистов, здесь есть все условия для самореализации врача и оказания качественных медицинских услуг. Мы будем рады и дальше работать в Татарстане, внося свой вклад в развитие здравоохранения. Те трудности, которые сегодня переживает наша страна, можно преодолеть, если объединить усилия государства и частных организаций. \*



# На волне инноваций

мастер-класс по однопортовому доступу в торакальной хирургии

В Образовательном центре высоких медицинских технологий – Диего Гонзалез Ривас (Ла Корунья, Испания), один из мировых экспертов в вопросе уменьшения инвазивности операций и... мастер сёрфинга, выступавший за национальную сборную.

В Республиканской клинической больнице МЗ РТ впервые в России прошла операция одного из основателей методики однопортового доступа в торакальной хирургии Диего Гонзалеза – лобэктомия без общего наркоза под местной анестезией. Параллельно в Образовательном центре высоких медицинских технологий велась видеотрансляция, которая позволила всем участникам мастер-класса ознакомиться с этим уникальным вмешатель-

У пациентки – бронхоэктатическая болезнь, характеризующаяся хроническим нагноительным процессом в необратимо изменённых (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах. Хирургическое вмешательство было единственным способом избавиться от заболевания, которое обостряется три раза в год. Провести операцию открытым способом или даже торакоскопически было невозможно из-за противопоказаний к интубационному наркозу. Ранее подобные пациенты с заболеванием трахеи или общесоматическими заболеваниями не оперировались, лечение осложнений проводились консервативно. Приезд всемирно известного хирурга дал пациентке из Набережных Челнов уникаль-

ный шанс. Он провёл операцию под местной анестезией.

Как отметил модератор мероприятия Кирилл Жестков, завкафедрой торакальной хирургии Академии последипломного образования (Москва): «Общая тенденция в хирургии последнего времени - это снижение травматичности и инвазивности, переход от открытых операций к торакоскопии. Диего Гонзалез пошёл дальше - он добился того, что стало не нужно делать два-три торакоскопических прокола в разных подреберьях, удалось свести их к одному и тем уменьшить как болевой синдром, так и травматичность. Его следующий шаг - отказ от инвазивных методов интубационного наркоза, механической вентиляции лёгких. Вель помимо хирургической, имеет место и анестезиологическая травма. Это очень прогрессивная, современная методика, которая займёт своё место в арсенале торакальных хирургов».

Меньшие повреждения мышц, сосудов и нервов ускоряют реабилитацию и позволяют выписывать пациентов уже на второй день после операции. Автор методики утверждает, что единственным противопоказанием к операции становится только «неуверенность хирурга в своих силах».

«Я хотел бы выразить огромную благодарность Министерству здравоохранения республики и Образовательному центру за возможность приехать сюда и проводить эти операции. Я считаю, что здесь можно обучать хирургов со всего мира, – подчеркнул Диего Гонзалез. – Я благодарен той команде, которая работала сегодня, особенно анестезиологам. Ещё вчера они недоумевали, как такое возможно, а сегодня великолепно провели анестезию. Такие мастер-классы – лучший способ передачи опыта. Можно прочитать 10–15 лекций, но только когда человек вживую видит, как специалист делает операцию, он может чему-либо научиться».

Испанский хирург поделился секретом успеха, который позволил ему за 10 лет после окончания обучения стать мировым экспертом в торакальной хирургии. «Ваш ум должен быть открыт для восприятия нового, потому что нет ничего невозможного, - уверяет Диего Гонзалес. - Всё возможно, если вы себя настроите. Когда я был молодым хирургом в 2004 году, мы проводили обычные операции открытым способом, и первые известия о торакоскопии были для меня шоком. Я решил увидеть всё своими глазами и отправился в США к такому ведущему хирургу, как Р. Маккена, у него я учился выполнять операции при трёхпортовом доступе. И вы видите, до чего развилась эта техника теперь мы делаем самые сложные резекции лёгких с использование всего одного порта. Мне говорили, что это невозможно следать. но всё оказалось не так. В начале 2014 года я увидел, как тайваньский хирург оперировал без интубационного наркоза, используя традиционный трёхпортовый подход. Мне это очень понравилось, и я решил, что могу сделать то же самое с использованием одного

порта. Но мы ещё больше снизили травматичность операции, потому что не используем эпидуральный наркоз, как тайваньские хирурги, а проводим местную анестезию».

Разумеется, перед тем, как оперировать на людях, Диего Гонзалез и его сотрудники оттачивали технику выполнения операций на животных, подбирали подходящие виды анестезии. На данный момент таким способом уже проведено около 30 лоботомий и 50 общих резекций лёгкого. Для самого Диего – это шестая подобная операция.

Умению владеть собой и не теряться в сложных ситуациях научило знаменитого хирурга его увлечение сёрфингом. «Он помогает мне расслабиться после тяжёлых операций, ведь когда хирург стоит у стола. он в постоянном физическом и психическом напряжении, - говорит Диего Гонзалес. -Я даже был членом национальной команды. Второе, чем помог сёрфинг, - научил меня тому, что все риски в жизни нало взвешивать, нельзя рисковать без оглядки. Однажды на одном из отдалённых островов Индонезии я пытался покорить всё более и более высокую волну, пока она меня так не закрутила, что я едва остался жив. Это научило принимать взвешенные решения и просчитывать все риски во время операции».

Новый метод успешно шагает по планете. Вслед за первым специализированным образовательным центром в Ла Корунье открыт второй – в Шанхае. Тем, кто стремится быстро освоить однопортовый доступ,

Диего Гонзалез рекомендует приезжать именно в Шанхай, где обучение проводится не три дня, как в Испании, а в виде двухнедельных курсов.

«Я выбрал Шанхай потому, что это огромный город, и медицинский центр, в котором располагаются наши курсы, тоже огромен, с ним не может сравниться даже центр Питтсбурга, - объясняет испанский хирург. - Там большой поток пациентов, и мы проводим от 20 до 30 лоботомий каждый день. Кроме того. Китай опережает весь мир по развитию медицинских технологий на два года. Там проводят великолепные операции, сегодня в этой стране работают лучшие хирурги. И третья причина, из-за которой я выбрал Китай и вообще Азию, - люди там быстро учатся. Два года назад я был единственным, кто делал операции в однопортовом доступе, а сегодня там уже пять хирургов, которые этим занимаются и, в свою очередь, обу-

Мастер-класс вызвал большой интерес и оживлённые дискуссии специалистов из разных регионов страны. «Сегодня Диего Гонзалез подтвердил высокий уровень развития медицины в Татарстане — он приехал один с минимумом инструментов и провёл уникальную операцию с нашей командой и нашим оснащением, — отметил первый заместитель министра здравоохранения РТ Сергей Осипов. — Это победа всей республики, её здравоохранения».



# Мифы

о сердечнососудистых заболеваниях

С разрешения издательства «Эксмо» Healthy Nation продолжает публикацию выдержек из книгибестселлера Александра Мясникова «Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине». В этом номере речь пойдёт о наиболее актуальной проблеме здравоохранения — борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.



...А теперь разберем сердечнососудистые болезни подробнее.

Начнем с повышения давления. У 30 % населения давление повышается регулярно. Это далеко не безвредное состояние, потому что оно выступает фактором риска для развития стенокардии, поражений сосудов сердца, которые могут привести к инфарктам или нарушению мозгового кровообращения. Если вы контролируете давление лекарствами, всё равно остаётся фактор риска для развития сосудистых осложнений. Мы можем защитить себя от инсультов, от осложнений, возникающих непосредственно от

повышенного давления, но предупредить развитие образования бляшек не можем.

Само по себе повышенное давление не так опасно, как осложнения от него. Представьте себе систему отопления, в которой все время повышенное давление, — в слабом месте обязательно потечет вода. У человека такие слабые места называются «органы-мишени». В первую очередь — это сосуды головного мозга, где может произойти разрыв сосуда или его тромбоз, это глазное дно, где суженные сосуды и гипертония могут привести к слепоте, и сосуды почек, потому что «причиной номер один»



Унифицированное лечение привело к тому, что на Западе гипертония перестала иметь характер эпидемии, и, как следствие, пошла вниз кривая сердечно-сосудистых заболеваний, инфарктов и смертей. Это просто один из примеров пользы от стандартизованной терапии. Сегодня, конечно, для нашего врача это звучит диковато.

при почечной недостаточности является даже не диабет, а повышенное артериальное давление. И, конечно, сердце.

...Для организма важно постоянно устойчивое давление, оно способствует нормальному давлению в почках. И вообще любое давление немыслимо без включения почек. Собственно, именно поэтому на Западе проблемой гипертонии занимаются именно нефологи.

... Что делать, если началась гипертоническая болезнь? Во-первых, изменить образ жизни: снизить вес, уменьшить калорийность еды, ежедневно заниматься физическими упражнениями. Ограничить количество соли в диете, это действительно очень важно для гипертоников. Обязательно бросить курить — это отдельный фактор риска для развития инфарктов и устойчивой гипертонии. Сократить количество алкоголя до разумных пределов (с точки зрения кардиологов, разумный предел — это один бокал вина в день).



...Обо всех препаратах для предотвращения гипертонической болезни и других сосудистых заболеваний, которые нам предлагают со страниц газет и экранов телевидения, можно сказать только одно: они абсолютно бесполезны.

... А что же тогда работает? Собственно то, что вам обычно выписывают врачи. То, что лекарства не всем помогают, не является основанием бросать приём и покупать бесполезные препараты из рекламы. Необходимо помнить, что лечение гипертонии требует усилий и терпения и от врача, и от пациента.

Обычные мочегонные в небольшой дозе прекрасно работают, заставляя почки выводить как калий, так и воду, тем самым не только уменьшая объём циркулирующей жидкости, но и расширяя сосуды. Это только кажется, что если пьёшь мочегонные таблетки каждый день, будешь часто ходить в туалет. Ничего подобного – после трех дней приема лекарства вы будете ходить тула ровно столько, сколько и всегла. Но выведение калия снимет отёк с сосудистой стенки, сосуды расширятся, давление снизится. Это хорошо переносится, и добавлять калий дополнительно обычно не требуется. Вполне достаточно того количества, которое поступает с пищей - в картофеле, томатах, бананах. Доказано, что мочегонные защищают сердечную функцию

у пожилых людей с риском коронарной болезни.

Очень часто пациенты задаются вопросом: как быть, если на этих препаратах указано столько противопоказаний? В этом случае я всегда говорю: старайтесь меньше читать о побочных эффектах. То, что написано на препаратах, предназначено для врача. Это он должен знать о возможных побочных эффектах и назначать пациенту точную дозу лекарства. В Америке, например, вы никогда не купите препарат с аннотацией и в коробочке. Если вам прописали его по рецепту, то в аптеке насыплют то количество таблеток, которые вам прописали.

Всем известны кальциевые блокаторы. Они хорошо действуют на стенки сосудов, расширяя их. Сейчас выпускают пролонгированные препараты. Вы принимаете таблетку — и давление постепенно снижается.

...Для того чтобы пульс был реже, принимаются **бета-блокаторы**. Они полезны тем, у кого гипертония сочетается со стенокардией. Но их надо аккуратно принимать больным диабетом, так как эти препараты могут менять действие инсулина.

...Мы смотрим медицинские передачи, слушаем докторов. При этом продолжаем жевать сосиски, пачки сигарет нам не хватает на день, не контролируем свое давление. Живем по принципу: «Вроде не болит, и ладно!» Приходим домой, переодеваемся в удобный халат и усаживаемся перед телевизором с большой миской пельменей. Итог — инфаркт или сердечный приступ. Когда сосуды начинают сужаться, в них образуются бляшки. Это сопровождается болью в сердце, возникает стенокардия. Тут уже без помощи врача не обойтись.

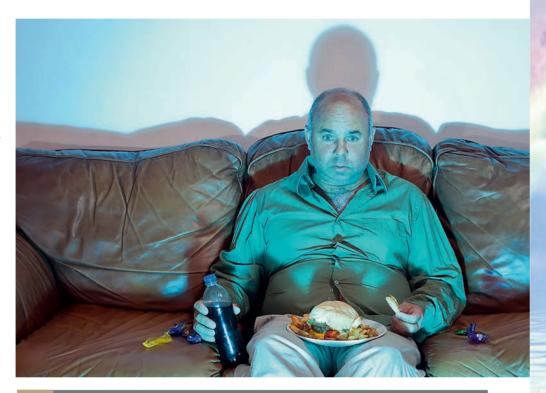
Мужчины больше подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы, чем женщины. Немалую роль играет наследственность, причём не просто наследственность, а наличие прямых родственников, у которых были сердечно-сосудистые заболевания в возрасте до 50 включительно.

В Америке, например, вы никогда не купите препарат с аннотацией и в коробочке. Если вам прописали его по рецепту, то в аптеке насыплют то количество таблеток, которые вам прописали.



Итак, это случилось — заболело в груди. Надо помнить, что не все, что болит в груди, — это сердце. Некоторые врачи говорят: у вас остеохондроз или невралгия. Действительно, если долго болит в левой половине груди, боль увеличивается, при кашле отдает там же, то, скорее всего, это не сердечная боль. Однако рисковать нельзя.

...Конечно, стенокардия может проявляться даже не болью, часто — это сдавление за грудиной, которое появляется на несколько секунд или минут и сопровожда...Затем больного отправляют на коронарографию. Пациенты очень боятся этого исследования, считая, что потом им обязательно будут делать операцию. Я много поработал за границей и видел: эта процедура там рутинная и делается амбулаторно. В артерию, в область бедра или руки, вводят зонд, через который проходит контрастное вещество. Оно подводится к сосудам сердца, и врачу очень хорошо видно, что с ними происходит. Это как дорожная карта. Посмотрев ее, врач уже точно знает, что надо делать.



Живем по принципу: «Вроде не болит, и ладно!» Приходим домой, переодеваемся в удобный халат и усаживаемся перед телевизором с большой миской пельменей. Итог — инфаркт или сердечный приступ.

ется нехваткой воздуха и сильным потоотделением. Классически подобные ощущения связаны с физическими нагрузками: прошёл быстро — вдруг заболело, закашлялся, остановился — всё прошло, пошёл — опять боль появилась, потом появилась изжога... Вот это уже тревожные признаки. Но и здесь оказывается, что не так всё просто. На инфаркт миокарда могут указывать и другие симптомы, иногда очень далекие от классических.

...Очень важно диагносцировать стенокардию в самом начале. Это нестабильная стенокардия, человеку можно помочь избежать серьёзных осложнений.

Если диагноз подтверждается, то пациента отправляют на тест с физической нагрузкой: он делает упражнения на велотренажере, параллельно снимают кардиограмму. Бывает медикаментозное лечение и хирургическое. Совсем необязательно делать операцию на открытом сердце. Сейчас очень часто практикуют так называемое стентирование. Это когда суженное пространство расширяют катетером, накачивают баллончиком воздуха — и таким образом восстанавливается нормальный диаметр сосуда. А чтобы сосуд не закрылся опять, вставляется маленькая пружинка — стент. Процедура проста и очень эффективна.

Надо понимать, что стентирование, несмотря на огромный прогресс в этой области, применяется не везде. Возникают ситуации, когда открытые операции на сердце более показаны — когда у человека забиты все сосуды, или если обнаруживается закупорка всех основных сосудов сердца, сердце плохо сокращается, или когда заболевание сочетается с диабетом. 8-я специализированная выставка

# MIP JUSTICE

Организатор: ОАО «Казанская ярмарка».

Казань

# При поддержке:

Аппарата Президента Республики Татарстан

Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Министерства образования и науки Республики Татарстан

Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан

Министерства культуры Республики Татарстан

Министерства по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан

Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани

Те л./ф а к с: (843) 570-51-27, 570-51-11

d1@expokazan.ru, www.mdexpo.ru



<u>56</u>

Healthy Nation



Олег ГУСЕВ, ведущий научный сотрудник Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета, к. б. н.. PhD

# **Японский** менталитет

плох тот аспирант, который не работает в воскресенье

В 2000 году я принял участие в конкурсе на обучение и стажировку от японского Министерства образования и науки. Мой проект был поддержан, и вот уже 14 лет я веду научно-исследовательскую работу на два фронта: в родном КФУ и в институтах-партнерах — университете Киото, Институте агробиологических наук в Цукубе, Исследовательском институте РИКЕН.

## ОРГАНИЗМ-ЧЕМПИОН

Я закончил биологический факультет Казанского государственного университета (ныне Институт фундаментальной медицины и биологии КФУ — Прим. ред.). Активно интересовался, что нового происходит в научном мире, и нашел лабораторию в Японии, которая занималось интересной для меня темой адаптации организмов к неблагоприятным условиям среды. Впоследствии я выиграл конкурс от японского правительства на научную стажировку и обучение, стал одним из первопроходцев совместных биологических проектов Казанского университета и японских научных организаций.

Считаю, что учёному, чтобы не было сомнений в правильности выбора темы, лучше



заниматься организмами-чемпионами, которые обладают теми или иными выдающимися свойствами. Японцы изучают уникальную личинку комара-звонца, которая обитает в некоторых районах Нигерии. Засуха здесь может продолжаться голами. Личинка легко это переносит, из неё полностью уходит вода, и в таком высушенном виде она может находиться до 17 лет (такой срок подтверждён на сегодня). Дождавшись дождя, мотыль снова наполняется влагой и оживает Кроме того, в высушенном виде личинке не страшна радиация, даже в дозах, в десятки тысяч раз превышающих предельно допустимые для человека. Мотыль в сухом виде не обладает признаками живого организма, но это и не смерть, поскольку его состояние обратимо. Одним словом - очень интересный объект исследования как для биологов, так и для медиков.

Каким образом данные наших исследований могут быть применимы на практике? Во-первых, в сфере биотехнологий, для производства целевых белков, вакцин. Сегодня для этого используются микроорганизмы, клеточные линии, которые довольно требовательны к условиям культивирования Мы работаем над тем, чтобы можно было синтезировать необходимые врачам белки в клеточной культуре, полученной из стемклеток комара. Теоретически это позволит объединить процесс производства препаратов с осушением. Запасы такого белка можно будет хранить практически в любых условиях. А при необходимости, как в рекламе: «Просто добавь воды».

Мотыль красного цвета, внутреннее содержимое его клеток напоминает человеческую кровь. По сути каждая клетка этого организма может рассматриваться как модель безводного хранения биоматериала. Сегодня в мире становится все популярнее идея таких биобанков. Ряд лабораторий в США и Канаде ведут подобные исследования, в том числе для нужд военных. Это может пригодиться, например, в зоне боевых действий, когда раненому солдату надо срочно сделать переливание крови. Просто заливаешь сухой концентрат водой и получаешь готовую смесь для трансфузии.

Второе перспективное направление: хранение человеческих тканей и органов. Сегодня используется криоконсервация, при этом большинство криопротекторов достаточно токсичны. Пример личинки комара, вероятно. даст нам возможность создать



Касательно научно-исследовательской работы — японцы очень аккуратные, идеальные партнёры в плане проведения экспериментов. Ответственный подход каждого из сотрудников — то, чему мы можем у них поучиться.

протоколы, которые позволят отказаться от криоконсервирования человеческих клеток в пользу обезвоживания в присутствии ряда биомолекул, «подсмотренных» у комаразвониа.

### ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ЯПОНСКОГО ТРУДОГОЛИЗМА

Совместная работа с японскими коллегами — это не только возможность оказаться на передовом крае науки, но и отличный шанс познакомиться с их удивительной культурой и менталитетом. Касательно научноисследовательской работы — они очень аккуратные, идеальные партнёры в плане проведения экспериментов. Ответственный подход каждого из сотрудников — то, чему мы можем у них поучиться.

Когда я проходил в Японии аспирантуру, то был плохим сотрудником, потому что иногда не приходил работать в воскресенье. Под давлением общественного мнения у меня возникало ощущение, что я не дорабатываю. В знаменитом японском трудоголизме есть свои положительные и отрицательные стороны. У них чрезвычайно силён командный дух. Иногда сотрудники просто присутствуют на работе, хотя особой необходимости в этом нет. Но зато всегда можно быть на 100 % уверенным, что все они досконально придерживаются правил.

Роль каждого японца чётко определена, у него есть своя сфера ответственности. На-глядный пример, представьте себе современные поезда, которые перемещаются со скоростью до 400 км/ч, и интервал между ними может составлять лишь несколько минут. Такое возможно лишь благодаря коллективной работе, когда никто не отвлекается на телефонные разговоры, перекуры, кофе. Есть и оборотная сторона – японец никогда не будет брать на себя лишнюю ответственность.

Ещё один пример: после землетрясения в Фукусиме я приехал сюда работать волонтёром, и в первое время здесь ощущалась паника, чувствовалось, что нарушились иерархия и заведённый порядок. Нестандартная ситуация стала для них настоящим испытанием. Однако довольно быстро люди самоорганизовались, и на передний план вышло их чувство ответственности за общее дело. Волонтёры всегда задерживались, поскольку каждый из них думал: «Если я сейчас это брошу, на долю остальных останется больше работы, им будет тяжелее. Я не могу так поступить».

### БЮРОКРАТЫ ЯПОНСКИЕ И РОССИЙСКИЕ

Япония считается одной из самых бюрократических стран, и здесь действительно приходится заполнять очень много бумаг. Но это происходит из-за того, что каждый на своём месте чётко выполняет свои функции. Каждый бюрократ, начиная с самых низов, действует в строгом соответствии с инструкциями. Что интересно — при том же количестве бумаг у них все процессы протекают на порядок быстрее, чем у нас. Например, я был очень удивлён тому, что в Японии этапы закупки оборудования практически такие же, как в России. Но у нас экспертиза заявки может занимать два месяца, а у них — четыре дня.



## доля иностранца

В Японии иностранец всегда останется таковым, сколько бы там ни прожил. Я связан с этой страной 14 лет, но по-настоящему ощущаю себя дома, только возвратившись в Россию. Хотя в плане бытовых условий – автоматизации, вовлечённости электронных систем – мы отстаём от них лет на пять-десять. Но с другой стороны, там у человека довольно мало шансов влиять на какие-то глобальные процессы, думаю, молодым и амбициозным в этом плане Россия интереснее.

Особенности японского менталитета выражаются и в их языке. В русском есть градация «ты» и «вы», а в японском - ещё десяток слов, выражающие разную степень близости и уважения. Если ты немного снизишь уровень вежливости, это может быть воспринято как оскорбление. Такое разграничение психологически поллерживает, создаёт атмосферу комфорта. В России позитивные эмоции включаются, когда происходит что-то хорошее, «стартовая точка» в общении у нас нейтральная. В Японии ты должен быть очень доброжелательным, дабы соблюсти границы приличия. Сформировавшаяся там привычка в России хорошо работает: собеседнику кажется, что ты относишься к нему с огромной симпатией.

### АКТИВНАЯ СТАРОСТЬ

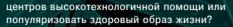
Продолжительность жизни в Японии — одна из самых больших в мире, и сегодня большие средства в этой стране вкладыватотся в развитие персонализированной медицины, призванной повысить трудоспособный возраст. Активно внедряются технологии полногеномных исследований, мобильные диагностические устройства, «лаборатории в кармане», которые используются, в частности, в сельской местности.

Главный же принцип японской медицины: «Анзен Даичи», «Безопасность на первом месте». Врачи Страны восходящего солнца очень не любят назначать лишних лекарств, очень внимательно относятся к возможным побочным эффектам лечения.

Другое отношение к своему здоровью и у их пациентов. В нашей стране при недомогании человек приходит в аптеку и просит дать ему таблетку. Японец, который себя плохо чувствует, тут же покидает рабочее место и идёт в клинику. Свой отпечаток накладывает корпоративная этика: он понимает, что может заразить окружающих коллег. При малейшем подозрении он ещё и маску наденет, чтобы обезопасить прохожих. В медицинском центре врач с помощью экспресстестов определяет инфекцию и только после этого назначает лечение.



генеральный директор ООО «СМО «Спасение»



В нашей республике получили развитие высокие медицинские технологии. Создание центров ВМП – во многом вынужденная мера, обусловленная высокой смертностью населения. И они сыграли свою роль, сегодня демографические показатели в республике существенно улучшились. Важнейший ресурс дальнейшего снижения смертности - обеспечение раннего выявления социально значимых заболеваний, прежде всего, в первичном звене. Но бюджетных средств на это явно не хватает. Поэтому руководство российских субъектов,

ме ОМС. Участие в программе госгарантий обеспечивает один из потоков наших пациентов, второй - это платные услуги, в том числе по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС). Сегодня эти потоки идут параллельно, у каждого застрахованного есть право выбора, возможность получать услугу платно или бесплатно, прикрепиться к поликлинике. При этом мы всё больше убеждаемся, что эти направления должны взаимодействовать. Нужно предложить застрахованному комбинированный вариант, дать ему возможность оптимизировали многие процессы лечения получать услуги, опираясь на базовую программу ОМС, доведя её качество до уровня

неэффективное использование бюджетных средств. Расширение полномочий СМО. выработка новых форм взаимодействия частного и бюджетного секторов позволят изменить ситуацию в лучшую сторону Наглядный пример: в тариф ОМС заложена статья на покупку медикаментов, эти средства могут быть израсходованы только на лекарства - таким образом государство стремится избежать нецелевого использования бюджетных средств, и в этом есть своя логика. Но, с другой стороны, мы на основе современных методик и технологий, и, соответственно, можем снизить





Система обязательного медицинского страхования не предполагает получения прибыли, она ориентирована на обеспечение качества, выполнение определённых стандартов.

# Найти верный курс

Здравоохранение активно реформируется, меняются правила игры для страховых медицинских организаций, государственных медучреждений, частных клиник. Однако многие вопросы по-прежнему остаются дискуссионными.

Экономическое благополучие страны зависит от состояния системы здравоохранения. Здоровье граждан - это важнейший ресурс развития. Но каким образом обеспечить выполнение такой миссии, как сохранение человеческого потенциала? В последние годы проводится активное реформирование отрасли. Одновременно с этим идут экспертные обсуждения: в каком направлении развиваться дальше, нужно ли пытаться сделать медицину рентабельной, зарабатывать средства или выбрать другую тактику? Формировать территории вокруг

отрасли здравоохранения заинтересовано в привлечении инвестиций, например, в рамках государственно-частного партнёрства. Это не панацея, и такие соглашения пока носят единичный характер. Почему? Сама система обязательного медицинского страхования (ОМС) не предполагает получения прибыли, она ориентирована на обеспечение качества, выполнение определённых стандартов.

Поликлиника «Спасение» работает в рамках государственно-частного партнёрства, оказывая услуги, в том числе, по програм-

платных услуг в плане сервиса, комфорта, времени ожидания на приём.

Подобные решения требуют достаточной гибкости нормативно-правовой базы, а её как раз не хватает. К сожалению, страховая медицина в нашей стране пока находится в зачаточном состоянии. Коль скоро мы вышли на этот путь, нужно быть последовательными. Необходимо предоставить больше прав страховым медицинским организациям (СМО), чтобы они имели возможности регулировать рынок. На мой взгляд, одной из проблем нашего государства является

затраты на медикаменты. Кроме того, нужно учитывать, что некоторые заболевания имеют свою сезонность. Подчиняясь требованиям, медучреждение вынуждено закупать медикаменты в предусмотренных объёмах, затем часть из них списывать сроки их хранения истекают. Бюджетные средства расходуются. Эффективно ли? Вопрос. Мы предлагаем апробировать форму работы, предусматривающую передачу поликлинике, работающей в рамках государственно-частного партнёрства, определённого объёма средств. Если они

расходуются эффективно, и какая-то часть не была использована, было бы разумным направить их на закупку оборудования, внедрение новых методов лечения и диагностики, на поощрение персонала. Такой фонд был бы подотчётен государству, но мы могли бы расходовать его так, как нужно поликлинике и, в конечном счёте, пациенту. Подобные решения должны разрабатываться совместно Минздравом РТ, Фондом ОМС, страховщиками. Подход частных клиник в этом плане пока более эффективен, он может подтолкнуть к положительным переменам и государственную систему. Да, сегодня проводится переход на одноканальное финансирование, что, безусловно, является правильной идеей. Но текущую ситуацию здесь можно описать выражением: «Один шаг вперёд - два шага назад».

Зачастую встаёт вопрос преемственности лечения на амбулаторном и стационарном этапах, вопрос эффективности затрат. Клинике необходимо предъявить страховой компании законченный случай и выставить счёт. С одной стороны, в этом есть некоторая перестраховка, но можно ли назвать это эффективным расходованием средств?

Возвращаясь к вопросу сохранения человеческого потенциала, не могу не затронуть тему медицины труда. Именно работающий человек является актив-



На одной из специализированных международных конференций выступала представительница организации здравоохранения, курировавшей олимпийскую стройку в Лондоне. Им удалось убедить работодателей выделить средства на организацию медицинских пунктов при строительных площадках. Здесь проводился первичный осмотр, допуск к работе и т.д. В результате на олимпийской стройке не было ни одного несчастного случая — впервые в мировой практике!



Подход частных клиник к организации процессов пока более эффективен, он может подтолкнуть к положительным переменам и государственную систему.

ным налогоплательщиком, а значит, система здравоохранения должна быть максимально приближена к его рабочему месту. Я участвовал в одной из последних специализированных международных конференций, на которой выступала

представительница организации здравоохранения, курировавшей олимпийскую стройку в Лондоне. Им удалось убедить работодателей выделить средства на организацию медицинских пунктов при строительных площадках. Здесь проводился первичный осмотр, допуск к работе и т.д. В результате на олимпийской стройке не было ни одного несчастного случая — впервые в мировой практике!

сожалению впоследствии она была раздом крупнейших предприятий Татарстана в рамках ДМС, и результаты говорят сами за себя: по итогам 2013 года здесь отмечается снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 22,3 % (по количеству дней) по сравнению с 2008 годом. Таким образом, затраты работодателя окупаются сторицей за счёт экономического эффекта от производства продукции здоровыми сотрудниками. В следующем году мы хотели бы реализовать пилотный проект по оказанию медицинской помощи работникам одного из крупных предприятий Татарстана во взаимодействии систем ОМС и ДМС. Хотелось бы сказать спасибо Министерству здравоохранения РТ за то, что оно поддерживает наши

Все эти меры должны быть системными и нацеленными на конкретного человека. Только при условии активного взаимодействия всех участников рынка медицинских услуг, ориентации на практический опыт мы сможем добиться нашей главной цели — сохранения здоровья населения.

**Healthy Nation** 

<u> Увлечение</u> **(16+** На стыке творчества и психоанализа Профессор Лейла Шайдукова создала новый жанр – психоаналитический детектив Когда человек науки приходит к художественному творчеству, он стремится соединить объективность и аналитичность научного метода с выразительностью и синтетической силой искусства.











больных от алкогольной зависимости и пси-

хических расстройств. Помимо всего этого,

она ещё и литератор, создатель необычного

Кабинет у профессора Шайдуковой с от-

тенком музейной экспозиции - она сохраняет

старинную обстановку, оставшуюся от импе-

раторской клиники, от великих предшествен-

ников. А интервью с ней похоже на приём

и врач как будто поменялись ролями.

психоаналитика, причём, в этот раз пациент

– Лейла Казбековна, понятно, почему

психоаналитический, но почему детектив?

- За рубежом существует жанр занима-

тельной психотерапии, представленный кни-

гами Ирвина Ялома «Ницше плакал», «Лжец

на кушетке». Он достаточно известен, но всё

равно далек от обывателя, рядового читателя

- больше для профессионалов. Мои книги -

нечто другое, они обращены к массовому

читателю. Пишу об обычных людях - жен-

щинах, мужчинах, детях - и одновременно

пропускаю их ситуации через себя. Можно

сказать, автобиографическая инвентариза-

ция собственной жизни через творчество.

жанра - психоаналитического детектива.



МАТРЕШКУ







экспозиция Лейла Шайдукова - профессор кафедры психиатрии КГМУ, д. м. н., психиатр, нарколог, детский психиатр и психотерапевт с 34-летним стажем, исследователь супружеского и женского алкоголизма, автор свыше 200 печатных работ, заслуженный врач Республики Татарстан, излечивший множество

- То есть детектив получается двойной - есть сюжетная линия, событийная, а есть другая - погружение в тайны

- Совершенно верно. И ещё надо понять, что вначале появилась потребность в закрытии ряда тем, своеобразных гештальтов собственной жизни. Время было такое - переход из статуса молодой женщины в

психики, разгадывание человека в себе.

# **ДЕТАЛИ**

# Из рецензии на книгу «Безумие»:

«...Книга привлекает новым жанром - психоаналитический детективный рассказ. Окружающий мир, по мнению автора, всего лишь материал для сюжетов, а всё написанное основано на сильных впечатлениях от работ психоаналитиков Зигмунда Фрейда и Карен Хорни, книг Ирвина Шоу, полотен художников Иеронима Босха и Франсиско де Гойя...»

статус женщины с внуками. В психиатрии это называется катарсис, очищение. Очищение через творчество, поэтому одна из моих главных героинь - женщина в очках, «профессорша». Тут, несомненно, есть аутоидентификация, хотя неполная, так как очень много фантазии. Я ведь занимаюсь как детской психиатрией, так и наркологией - консультирую больных детей республики, а обе диссертации были посвящены изучению мужского, женского и супружеского алкоголизма. Для меня момент первой детской психотравмы очень важен. «По Фрейду» сначала формируются детские неврозы, что нередко является почвой для последующих аддиктивных расстройств наркотизации, алкоголизации, сексуализации, игромании. То есть в какой-то момент изменяется жизненный сценарий, и нам надо найти место деформации. Этот поиск сложный, порой крайне болезненный, но необходимый. Психотерапевт не имеет права работать с чужой психикой, если не проанализирует собственную. Аутокоррекцию я совместила с творчеством. Так появились книги «Борделяйн», «Безумие», «Открывая матрёшку», а сейчас написана новая - «Перевёртыши».

### - То есть вы разрешали свои проблемы из детства? И удалось?

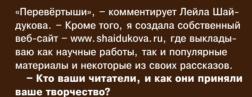
- Удалось. Сейчас мне об этом легко говорить, так как все детские обиды отработаны. Моей проблемой была легенда о гениальности отца, с которым мама развелась, уйдя от него беременной. Он - математик, его курсовая работа была признана кандидатской. И мама меня настраивала «на науку». Думаю, что это было гиперкомпенсаторное поведение: она хотела доказать своему мужу, что не зря с ним развелась. Мне надо было психоаналитически решить проблему своего отношения к отцу, который любил тех детей, которых воспитывал, а меня - нет. И вот эту нелюбовь надо было каким-то образом осознать и отпустить.

## ПУТЬ К ЧИТАТЕЛЮ

В наше время мало написать хорошую книгу, надо ещё донести её до читателя. Притом, что пишет Лейла Шайдукова действительно хорошо. Её профессионализм в отношении внутреннего мира человека придаёт книгам свежесть, глубину и неповторимость. Опыт разрешения жизненных драм пациентов обогащает сюжет. Женское внимание к деталям и наблюдательность бывалого путешественника придают повествованию достоверность. Плавность речи, богатство языка завораживают. Лёгкий налёт эротики в общем, книги читаются за одну ночь.

Но кого это интересует в коммерческих издательствах, которые, как правило, ориентированы на одно - получение прибыли? Художественные достоинства произведения зачастую не играют роли. Реклама увеличивает продажи - вот и весь секрет. Впрочем. издать можно всё, но за свой счёт.

«Сейчас ищу спонсора на четвёртую книгу



- Не скрою, что я бы хотела иметь больше читателей. Всё-таки основное побуждение к творчеству - желание прославиться, и это бесполезно отрицать. Писать в стол неправильно. И также неправильно, когда пишущему человеку приходится становиться собственным литературным агентом. Это разные задачи: когда автор творит, он не должен думать, как это будет продаваться. А читатели мои делятся на три группы. Первая - это психологи, врачи из Казани, Москвы, Санкт-Петербурга. Им, конечно, интересно - люди есть люди - в каком месте я написала правду о себе, а что выдумала. Вторая группа - в основном, студенты, их книга повергает в шоковое состояние. Они и не догадывались, что мир бывает ещё и таким. Сейчас ведь мало, кто действительно много читает, и они через мои книги прикасаются к литературе как таковой. И третья группа - это самые благодарные читатели, которым после прочтения книг хочется заниматься психоанализом профессионально. Они приходят потом к нам в интернатуру, ординатуру, становятся психиатрами

- То есть это ещё и своего рода учебное пособие.

- Конечно, есть у книг и такая, дидактическая функция. Я их использую на своих занятиях. Например, рассказ «Зовите меня Ириной» иллюстрирует тему сексуальных нарушений, тем более это написано с нашего пациента, давшего согласие выступать в студенческих научных кружках. Или другой рассказ, «Поколение индиго», прекрасно укладывается в тему раннего детского аутизма, а рассказ «Простая история» является чуть ли не учебным пособием по наркологии...

# ТВОРЧЕСТВО И ЗДОРОВЬЕ

«В 37 лет я защитила докторскую диссертацию в Москве, к чему шла всю жизнь через английскую школу, красный диплом института, уже со зрением «минус шесть» от прочитанного и написанного, - делится Лейла Казбековна. - Доминирующая идея реализована, и встаёт вопрос - а что дальше? У многих внутри возникает пустота, и заполняют её по-разному - зарабатывают деньги, строят дома, занимаются внуками. Я тоже всем занимаюсь, но не это делает меня до конца счастливой. Другое дело - сидение в одиночестве над листками формата А4 и заполнение их увлекательными историями».

### - На ваш взгляд, талант - это дар или всё-таки какое-то отклонение?

 Я люблю талантливых людей. При этом считаю, что талантливый человек не обязан быть добрым, душевным, он может быть даже эгоистичным. Талант - это как новообразование, как мозговая опухоль. Недавно ходила на выставку Пикассо. Удивительно.

что ему позировали девушки-натурщицы, а он, глядя на них, рисовал квадраты треугольники и чёрные дыры. И не всякая манекенщица для этого годилась. У меня на сайте выложены две презентации по теме «Творчество и безумие» - о том, какие гениальные художники, поэты, писатели страдали психическими заболеваниями. Там здоровых-то почти и не было.

### - Но всё-таки были? Пример можно привести?

- Здоровье - понятие весьма условное. Как говорится нет здоровых есть недообследованные. У творческих личностей отклонение часто не достигает степени заболевания, это такое предболезненное состояние без дезадаптации. У них идёт катарсис через творчество. Так они себя лечат. Сальвалор Лали - можно ли назвать его абсолютно здоровым человеком? Его творчество - это и проявление личности, и какая-то сторона его болезненного видения окружающего мира. Леонардо да Винчи. Караваджо были гомосексуалистами. Конечно, это не относится к болезненным явлениям, но определённое своеобразие на их творчество наложило. Если посмотреть международную классификацию болезней, то там нет ни одного движения души, на которое не было бы медицинского шифра. А вообще, я люблю свою профессию, через неё познаю мир, людей и себя. Давно, ещё будучи студенткой, была потрясена тем, что увидела в клинике. которая теперь является местом моей работы. Это потрясение не проходит до сих пор. Надеюсь, оно отразилось в моём творчестве.

65



особенно студентки. Доброжелательность, жизнелюбие и природное чувство юмора притягивали к нему людей. А жизненных историй и анекдотов он знал столько, что мог «разбудить» любую аудиторию или

Память

был в меру строг. Его любили студенты и

дружескую вечеринку. Например, однажды на ночном дежурстве он осматривал на кушетке пожилую женщину с непроходимостью кишок. когда появился пьяный с незначительной царапиной на лице, которая кровоточила и

приводила его в неистовство. Когда на его требование: «Хватит возиться со старухой!» последовало вежливое предложение подождать, хулиган попытался ударить врача табуреткой, но Николай Петрович уклонился и одним ударом отправил забияку в угол, добавив для находившихся здесь студентов: «Иногда приходится не только лечить, но и учить!» Хулигана осудили на два года.

# ПЕРВОПРОХОДЕЦ

Жить наследием известного предшественника, профессора И.В. Домрачева, новый завкафедрой Н.П. Медведев посчитал неправильным, хотелось создать свою школу, и в качестве нового перспективного направления была выбрана хирургия сердца. Три месяца стажировки у А.А. Вишневского в Институте хирургии Академии медицинских наук дали необходимую базу. Но в организационном и техническом плане начинать приходилось практически с нуля.

Роин ДЖОРДЖИКИЯ, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 КГМУ, профессор, д. м. н.: «Сердечная

раненных в грудь. Оперировали в сутки





В 1946 году выяснилось, что преподавать Медведев не имеет права. так как диплома мединститута так и не получил. Ректор настаивал на увольнении, но Герцберг встал стеной за своего ассистента, пригрозив, что тоже напишет заявление об уходе. Остановились на варианте срочной сдачи экзаменов за полный курс мединститута экстерном.

хирургия, которую он фактически основал здесь в Казани в 60-х годах, развивалась не так легко – в то время не было опыта, диагностического оборудования. Общий наркоз только зарождался, и первые операции на сердце очень тяжело протекали. Летальность была высокая, но это тоже надо было иметь мужество перенести. Не все врачи задерживались, многие уходили. Николай Петрович старался оснастить клинику – доставал, «пробивал». Через нефтяников в Альметьевске закупили аппарат искусственного кровообращения – таких тогда и в Москве было всего несколько штук.

С позиций сегодняшнего дня операции тех лет нельзя назвать радикальными. Тогда не клапан пересаживали, а помогали ему открыться, чтобы убрать одышку. Через 10-15 лет таких больных снова приходилось оперировать, но ведь они им продлевали жизнь, без такого хирургического вмешательства они могли просто погибнуть! Конечно, выбирали молодых, потому что пожилые пациенты могли не перенести такую операцию.

В то время проводить научные исследования по хирургии было достаточно сложно. В кардиохирургии необходимо очень

много аппаратуры, которая берёт на себя функции организма. Поэтому «законодателями мод» являлись наши западные коллеги, которые были лучше технически оснащены и раньше получали возможность выполнять обширные операции. А защищаться сотрудникам надо, поэтому было выбрано ещё одно направление – биохимические изменения в организме человека в связи с оперативным вмешательством. На этой почве сам Николай Петрович написал три монографии. Защищено 22 кандидатских и 8 докторских лиссертаций».

Было и то, что называется и смех, и грех. «Как-то в кабинете А.А. Вишневского я заметил целую связку американских зондов. - писал Николай Медведев. -Он вышел, и я решил взять, попросту украсть один зонд, с которым мы потом целый год работали. Я тогда подумал, что пропажу одного зонда не заметят. Институт академический - получит ещё, а мы - бедная кафедра, нам никто не даст. Потом кардиохирурги из других городов говорили мне, что и они воруют зонды, нужда заставляет. Потом столичные клиники стали все дефицитное прятать от

### КОМАНДА

В 1963 году кафедра и хирургическая служба были переведены из 3-й городской больницы в 6-ю городскую клиническую больницу Казани. За первый год существования службы было выполнено 44 операции. Из них 21 - закрытых митральных комиссуротомий с летальностью 24 %.

Вспоминает Владимир Зайцев, который 23 года проработал главным врачом 6-й ГКБ: «Николай Петрович принимал у меня выпускные экзамены по хирургии в 1961 году. Четвёрку поставил. А в 1974 меня назначили главврачом, и у нас с ним сложились очень тёплые отношения. Он в последнее время уже сам не оперировал, но стоял и всегда подсказывал, учил молодых хирургов. Всегда спокойно, никогда не повысит голос, если есть замечания - после операции отведёт в сторонку, поговорит наедине. Его доброжелательность передавалась всему коллективу - никогда у нас не было склок, жалоб в министерство. И, конечно, Николай Петрович был замечательным диагностом, прекрасно владел аускультацией и метолом выслушивания. Послушает, постукает, посмотрит цвет кожи, состояние глазного яблока и т.д. И выясняет такие детали, что все только диву давались. Когда в 90-е годы Родион Нахапетов привёз сюда целую группу американцев - профессоров и лучших хирургов, они проводили отбор детишек со сложными пороками сердца, подключили аппаратуру, записали все показатели. Николай Петрович им сказал: «Эту операцию в наших условиях вы провести не сможете». И оказался прав. Американцы пошли на операцию, но она закончилась неудачно. И они не могли понять, как ничем внешне не выдающийся старый профессор сумел поставить диагноз точнее, чем их аппара-

Рустем САДЕКОВ, кардиохирург Межрегионального клинико-диагностического центра: «Мне повезло после интернатуры целый год работать с Николаем Петровичем в одной команде. Любая сложность, любая неудача - это касалось всех. Практически весь коллектив оставался и



Николай Петрович был замечательным диагностом, прекрасно владел аускультацией и методом выслушивания. Послушает, постукает, посмотрит цвет кожи, состояние глазного яблока и т.д. И выясняет такие детали, что все только диву давались.

погибал вместе с пациентом. Боролись

до последней минуты - это могли быть и сутки, и двое, и трое. Все были здесь - от молодого доктора до Николая Петровича и его сына Вячеслава Николаевича, который с 1981 года стал заведовать кафедрой. Кардиохирургическая служба стала быстро развиваться только благодаря тому, что у нас была сплочённая команда. У команды есть единый дух, есть доверие друг к другу. С 2006 года заработала хирургическая служба в условиях новой, оснащённой современным оборудованием, клиники МКДЦ. Поэтому, оказавшись практически всем коллективом в новых условиях, мы смогли выполнять не по 300 операций в год, а по 1 500, и качество их только растёт».

Фарит АБЗАЛОВ, перфузиолог МКДЦ: «Операции на сердце выполняются с участием большого количества персонала. У нас в ходу такой образ: должна быть одна команда - как в футболе. Оперирующий хирург стоит впереди как нападающий. Анестезиологи - это защитники, их задача - не пропускать, чтобы больной во время операции не погиб. Есть вратарь это перфузиолог, последний, от кого зависит жизнь пациента. Каждый должен быть на своём месте и выполнять свои обязанности от и до. Если кто-то ошибается, то проигрывает вся команда».

### НАРОДНЫЙ ПРОФЕССОР

Раиса МЕДВЕДЕВА, невестка Николая Медведева: «О Николае Петровиче у меня остались только приятные воспоминания. Он говорил порой: «Надо же, как повезло



сыну - жениться на такой порядочной, хорошей женщине». Вместе мы прожили не так много, около трёх лет в одной квартире, потом разъехались, Главное, чему я успела у него научиться, - это отношению к людям. Он никогда не проходил мимо знакомого человека, не спросив, как у него дела, какие у него проблемы, может ли он помочь. Очень хорошо относился к внукам. Любил их посадить рядом с собой и рассказывать, какая у него была операция. Всегда чему-то учил их, и они всё могут: и машину починить, и гвоздь прибить. Оба они - и Александр, и Андрей - закончили мединститут. Правда в

кардиолог». Роин ДЖОРДЖИКИЯ: «Николай Петрович

медицине работает только старший, он -

был, что называется, народным профессором - в лучших традициях казанской медицинской школы. Он сам вышел из народа, из простых людей. Знал все их страдания и тяготы. Был очень коммуникабельным, мог найти общий язык с человеком любого ранга - и с руководителями республики, и со своими сотрудниками, и с рабочими».

О человеческих качествах Николая Медведева хорошо говорит его книга воспоминаний «Путь к сердцу (записки хирурга)». В своих мемуарах Николай Петрович совершенно не старается выглядеть в хорошем свете, приукрасить достижения, сгладить неудачи. Перед читателем предстаёт и его профессиональный путь, и люди, с которыми его свела судьба, и исторические события грозной эпохи. Он описывает анекдотические случаи из своего опыта, переживания от потери больных, то, как призывники шли на членовредительство, чтобы избежать фронта. Было и такое. Его книгу будет полезно прочитать не только хирургам, но и молодёжи в целом и даже серьёзным

В заключение хочется привести завет маститого хирурга начинающим врачам: «Когда юноша или девушка решают посвятить себя медицине, они, в первую очередь, должны решить, есть ли у них стремление оказать помощь ближнему в самых сложных условиях, и могут ли они поставить общественные интересы выше личных. Больной доверяет врачу, делится с ним такими мыслями, которые не доверил бы даже другу.

В этих ситуациях врач должен обладать большой душевной силой, оценить переживания больного и всячески ему помочь»

**Healthy Nation** 

# **Healthy Nation**

Здоровье нации | № 4 (19)

Журнал издается при поддержке Министерства здравоохранения Республики Татарстан и Ассоциации медицинских работников Республики Татарстан

Главный редактор **Елена СТЕПАНОВА**Elena Stepanova

taylena@mail.ru

Научный редактор Ростислав ТУИШЕВ Rostislay Touishey

Заместитель главного редактора Азат ЯХЪЯЕВ

azat-ya@healthynation.ru

Арт-директор

Игорь ТУТАЕВ

i. toutaev@healthynation.

Коммерческий отдел i.volkova@healthynation.ru v\_simacheva@healthynation.ru reclama@healthynation.ru

Использованы фото: с порталов www. prav. tatar. ru, www. minzdrav. tatar. ru, Pocruconasa Тумшева, Игоря Тутаева, Булата Низамутдинова. Учредитель – рекламное агентство «Коасная стоока»



Свидетельство о регистрации – ПИ № ТУ 16-00375, выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по РТ.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЯ: 420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 1 Тел. редакции: +7 (843) 290-12-21, +7 (843) 290-50-38. www.healthynation.ru





За содержание рекламных материалов и объявлений редакция ответственности не несет. Материалы не рецензируются и не возвращаются. Любое использование материалов журнала допускается только с письменного разрешения редакции. Она оставляет за собой право вносить изменения в предоставляемые материалы в случаях их несоответствия техническим требованиям и некорректной смысловой нагрузки.

Материалы, отмеченные звездочкой (\*), публикуются на правах рекламы.

Все товары сертифицировань услуги лицензированы.

Номер заказа М-7.
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 12.01.2015.
Отпечатано в типографии
ООО «Медиа-Принт»,
420080, РТ, г. Казань, ул. Декабристов, 100.
Распространяется бесплатно.





# INDEX KOMПАНИЙ

### Медицинская продукция ЗМ Россия 121614, г. Москва,

ул. Крылатская, 17, стр. 3, Бизнес-парк «Крылатские Холмы». Тел.:+7 (495) 784-74-74 (многоканальный). Тел.:+7 (495) 784-74-79 (Call-центр). Факс:+7 (495) 784-74-79. Сайт: www.3MRussia.ru/Medical

### Компания AbbVie

141400, Московская область, г. Химки, ул. Лениградская, вл. 39, стр. 5, Химки Бизнес Парк. Тел.: +7 (495) 258-42-77, 8 965 115 88 61. Факс: +7 (495) 25- 42-87 E-mail: russia.info@abbvie.com,

anna. samokhvalova@abbvie. com

# Клиника «АВА-Казань»

г. Казань, ул. Астрономическая/ Профсоюзная, д. 15/19. Тел.: +7 (843) 200-10-65, +7 (843) 200-10-61. E-mail: info@avakazan.ru Сайт: www.ava-kazan.ru

### УП «АДАНИ»

220075, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Селицкого, 7. Тел.: (375) 17-346-29-01. Факс: (375) 17-346-29-02. Е-mail: info@adani. by Сайт: www.adani.by

# ГАУЗ «Городская поликлиника № 4 «Студенческая»

г. Казань, Оренбургский тракт, д. 95. Тел.: +7 (843) 237-99-56, +7 (843) 237-59-68. E-mail: Studpolik@mail.ru Сайт: www.studpolik.ru

# ГАУЗ «Городская клиническая больница № 5»

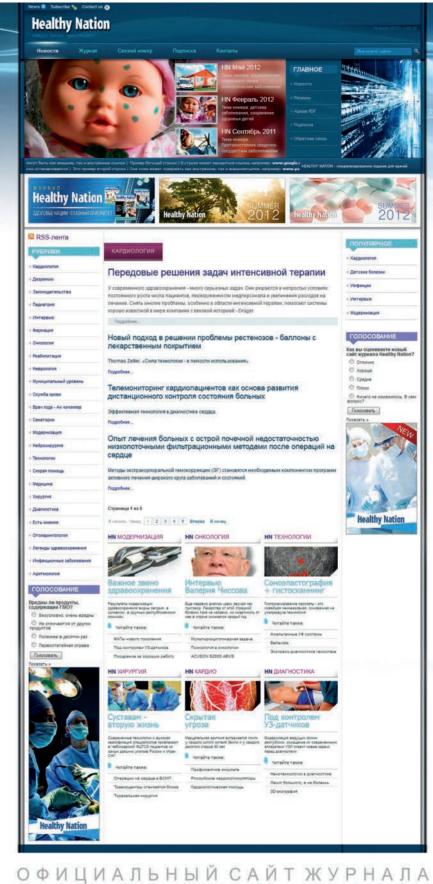
420108, г. Казань, ул. Шарифа Камала, д. 12. Справочная служба: +7 (843) 278-29-30. Сайт: www.gorbol5.ru

# ЗАО «Компания Киль-Казань»

420138, г. Казань, проспект Победы, д. 18 Тел./факс: (843) 261-93-72, 261-93-82, 261-93-92, 268-68-86, 268-66-55, 268-65-66. E-mail: kiel-kazan@yandex.ru Сайт: www.kiel-kazan.ru

### 000 «Ново Нордиск»

119330, РФ, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 38, оф. 11. Тел.: +7 (495) 956-51-32. Факс: +7 (495) 956-50-13. Сайт: www.novonordisk.ru







# которой Вы можете ДОВерять



Steri-Vac 8XL Объем камеры - 224 литра



Steri Vac 5XL Объем камеры - 136 литров

\* «Стерилизация и госпитальные инфекции» 2(4)/2007

# Почему специалисты всего мира выбирают стерилизаторы 3М™ Steri-Vac™

# Высокое качество стерилизации

Этиленоксид является наиболее эффективным стерилянтом благодаря своей высокой проникающей способности.

## Безопасность для инструментов

Этиленоксид более безопасен для инструментов по сравнению с оксидирующими стерилянтами, что увеличивает срок использования инструментов.

# Экономичность

Использование этиленоксидных стерилизаторов позволяет снизить расходы на каждый цикл стерилизации в 2-4 раза по сравнению со стоимостью цикла стерилизации пероксидом водорода и с дезинфекцией высокого уровня\*.

### Безопасность для персонала

Вакуумный стерилизационный цикл исключает возможность утечки стерилянта. Для безопасности персонала применяются одноразовые герметичные картриджи.

## Полный контроль циклов стерилизации

Компания 3M предлагает полную линейку химических и биологических индикаторов для контроля этиленоксидной стерилизации.

### Соответствие мировым и российским стандартам

Применение этиленоксидной стерилизации регламентировано ГОСТ 11135-2000. Системы Steri-Vac соответствуют требованиям Европейской Директивы по медицинскому оборудованию (маркировка СЕ).

Мы будем рады предоставить дополнительную информацию и индивидуальные консультации:

**3M Россия,** тел.: +7 (495) 784-74-79, www.3MRussia.ru/Sterilization

© 3M 2014. Все права защищены. На правах рекламы.



