

# ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

## ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Организация медпомощи теперь – обязанность только органов федеральной власти и субъектов РФ

8

## ОМС

Роль и место частных клиник в системе обязательного медицинского страхования

16

## КАРДИОЛОГИЯ

Высокотехнологичная медицинская помощь при инфаркте миокарда значительно снизила госпитальную летальность

24

## «СКОРАЯ ПОМОЩЬ»

Открытие в России эмергенци – отделений экстренной медицинской помощи – дело времени

49

## ОНКОЛОГИЯ

Подведены первые итоги реализации Национальной онкологической программы

60

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА БОРЬБЫ

### УФ СИСТЕМЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ

### НОВЫЙ КЛАСС ПРИБОРОВ С ВЫСОКОЙ БАКТЕРИЦИДНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ

На стройплощадках здравоохранения [7] • Что пропишет докторам закон об обязательном медицинском страховании [8] • Болевые точки медицинского страхования [10] • «В России, с ее огромными территориями, роль государства в деле оказания медицинской помощи остается ведущей» [14] • Частные клиники в системе ОМС: реалии и перспективы [16] • Здоровый подход к менеджменту [20] • Европейский подход к оказанию медицинской помощи [22] • Кардиологическая помощь – экстренная, эффективная, высокотехнологичная [24] • Кардиохирургия детского возраста сколь трудна, столь и ответственна [28] • В оказании медицинской помощи главное – своевременность [30] • Вылечить сердечную аритмию можно [32] • В БСМП Автограда начались плановые операции на сердце [36] • Высокотехнологичная медицинская помощь по мировым стандартам [38] • В борьбе с инсультом важен комплексный подход к стратегии и тактике ее ведения [40] • Клинические рекомендации и обзоры [43] • Ультразвуковые исследования в кардиологии: как сделать правильный выбор [46] • Незаменимый элемент логистики [48] • «Скорая помощь»: сериал или жизнь? [49] • Травмоцентры становятся ближе [52] • Милосердие со знаком качества [54] • «Интерес к организационным и методологическим наработкам Татарстана в it-сфере очень большой, и это приятно» [56] • Путевые заметки: казанский врач о британской больнице [58] • Успехи есть, но до победы еще далеко [60] • Интерес к опыту и возможностям татарстанских онкологов растет [62] • В центре внимания – женское здоровье [65] • УФ системы обеззараживания [66] • Санитарно-эпидемиологическая арифметика [68] • Проблема решается [70] • Все остается людям [72] • Гордость и слава отечественного здравоохранения [74] • Доктор Джаз [76] • Три точки опоры [79] • Смешное о серьезном [82]





## УФ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА И ПОВЕРХНОСТИ НА ОСНОВЕ АМАЛЬГАМНЫХ ЛАМП - ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВЫЕ КАЧЕСТВА И ВОЗМОЖНОСТИ

### НОВЫЙ КЛАСС ПРИБОРОВ

Оборудование предназначено для обеззараживания ультрафиолетовым излучением воздуха и поверхности. При применении данного оборудования достигается высокая степень бактерицидной эффективности\*



### ПРЕИМУЩЕСТВА ОБОРУДОВАНИЯ:

- Компактность и удобство эксплуатации
- Минимальное время обработки
- Максимальная безопасность в случае механического повреждения лампы за счет отсутствия в ней жидкой ртути
- Изготовлено из нержавеющей стали и устойчиво к обработке моющими средствами и дезинфектантами
- Включение и выключение оборудования - с помощью дистанционного пульта управления

**Область применения:** здравоохранение, фармацевтическая промышленность, агропромышленные комплексы, предприятия общественного назначения, предприятия пищевой промышленности, деловые, торговые и спортивные центры, общеобразовательные учреждения, вокзалы, аэропорты, метро.

\* Бактерицидная эффективность оборудования составляет 99,9% по Staphylococcus aureus

НПО «ЛИТ», 107076, г. Москва, ул. Красногатырская, 44. Тел.: +7 (495) 733 9526, факс: +7 (495) 963 0735; [air@npo.lit.ru](mailto:air@npo.lit.ru); [www.npo.lit.ru](http://www.npo.lit.ru)



Стент с лекарственным покрытием

**Nobori**  
Drug Eluting Stent

Долгосрочная безопасность  
**Эффективность**

## Биодеградируемое покрытие

Уникальная концепция стента Nobori®, демонстрирующая отличные отсроченные результаты лечения

Крайне низкий уровень TLF 5.1% за 2 года клинических наблюдений

NOBORI 2 клинические данные двухлетних наблюдений



На правах рекламы

[www.noboristent.com](http://www.noboristent.com)

**TERUMO**

# СОДЕРЖАНИЕ

---

# CONTENTS

8	Что пропишет докторам закон об обязательном медицинском страховании
10	Болевые точки медицинского страхования
14	«В России, с ее огромными территориями, роль государства в деле оказания медицинской помощи остается ведущей»
16	Частные клиники в системе ОМС: реалии и перспективы
20	Здоровый подход к менеджменту
22	Европейский подход к оказанию медицинской помощи
24	Кардиологическая помощь - экстренная, эффективная, высокотехнологичная
28	Кардиохирургия детского возраста сколь трудна, столь и ответственна
30	В оказании медицинской помощи главное - своевременность
32	Вылечить сердечную аритмию можно
36	В БСМП Автограда начались плановые операции на сердце
38	Высокотехнологичная медицинская помощь по мировым стандартам
40	В борьбе с инсультом важен комплексный подход к стратегии и тактике ее ведения
43	Клинические рекомендации и обзоры Goldstein P et al.
46	Ультразвуковые исследования в кардиологии: как сделать правильный выбор
48	Незаменимый элемент логистики
49	«Скорая помощь»: сериал или жизнь?
52	Травмоцентры становятся ближе
54	Милосердие со знаком качества
56	«Интерес к организационным и методологическим наработкам Татарстана в it-сфере очень большой, и это приятно»
58	Путевые заметки: казанский врач о британской больнице
60	Успехи есть, но до победы еще далеко
62	Интерес к опыту и возможностям татарстанских онкологов растет
65	В центре внимания - женское здоровье
66	УФ системы обеззараживания
68	Санитарно-эпидемиологическая арифметика
70	Проблема решается
72	Всё остается людям
74	Гордость и слава отечественного здравоохранения
76	Доктор Джаз
79	Три точки опоры
82	Смешное о серьезном



# ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ



## III Всероссийская конференция детских нейрохирургов в Казани



В работе конференции участвовали главный нейрохирург России, президент Ассоциации нейрохирургов России, директор Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко Александр Коновалов, президент Всемирного общества детских нейрохирургов, профессор Пол Стайнбок (Канада), детские неврологи, педиатры, врачи других смежных специальностей. С основным докладом выступил директор НИИ неотложной хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты, д. м. н., профессор Леонид Рошаль. Александр Коновалов отметил, что в России серьезное развитие получила неонатальная хирургия. Появились новые методы лечения детского церебрального паралича, увеличивается количество малоинвазивных, эндоскопических вмешательств. Внедряются новые методы и пластические материалы в ставшей уже традиционной реконструктивной хирургии врожденных пороков развития головного и спинного мозга. Но проблем еще немало – это организация лечения больных с нейротравмами, хирургическое лечение эпилепсии, ДЦП, создание реабилитационных центров и др. Как сообщил первый замминистра здравоохранения РТ Аделъ Вафин, в нейрохирургических отделениях медучреждений республики внедрены самые современные методы. А скоро, после завершения второго этапа реконструкции, в Казани откроется Центр молекулярной диагностики.

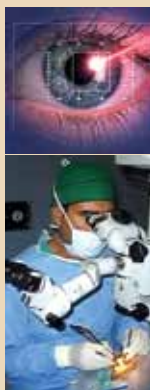
## В режиме «Единого окна»



При поддержке Министерства здравоохранения РТ на базе МУЗ «Городская поликлиника №18» началась реализация пилотного проекта Управления здравоохранения Казани, призванного повысить доступность услуг при медицинском освидетельствовании для получения справок на право вождения

автомобиля, владения оружием, на трудоустройство. Выдача справок проводится в режиме «Единого окна» с привлечением наркологической и психиатрической служб Республики Татарстан. Все кабинеты с логотипом «Единое окно» расположены на третьем этаже медучреждения. В регистратуре посетителям выдается «Маршрутный лист», который помогает сориентироваться с порядком прохождения осмотра у разных специалистов. Проведение медицинского обследования будет занимать не более одного часа.

## Три года успешной работы офтальмологического отделения МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска



За это времякратно возросла хирургическая активность отделения: если в 2008 году, в год открытия, было проведено 548 операций, то в 2010 году – уже 954. Главные приоритеты в работе отделения – внедрение малоинвазивных хирургических и лазерных вмешательств через микроразрезы с применением ультразвука и имплантаций складывающихся мягких

искусственных хрусталиков. Сегодня альметьевские офтальмологи оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь и больным с глазами осложнениями сахарного диабета, создан единственный на юго-востоке республики лазерный кабинет. Все это стало возможным благодаря поддержке ОАО «Татнефть» и лично генерального директора Ш. Ф. Тахтаудинова. Отделение оснащено спектральным оптическим когерентным томографом нового поколения, единственным в Татарстане. Аппаратура позволяет диагностически оптимизировать практически все процедуры и правильно выбрать тактику лечения. Теперь необходимость посещения центральных клиник отпала.

## «Онкодозор» в Татарстане

Впервые в России в Казани прошла акция «Онкодозор» по ранней диагностике злокачественных новообразований.



Массовое бесплатное обследование организовано Некоммерческим партнерством «Равное право на жизнь» при поддержке МЗ РТ, РКОД, межрегионального

общественного движения «Движение против рака» и программы «Здоровье с Еленой Малышевой» на Первом телеканале. В рамках «Онкодозора» проводятся скрининговые исследования женщин в возрасте 50 лет и старше на базе РКОД МЗ РТ, поликлиники РКОД в г. Альметьевске, ЦРБ Тетюшского района, поликлиники профилактической медицины «Весна». «Впервые у нас в стране в рамках реализации Национальной онкологической программы будут сведены воедино все скрининговые технологии выявления злокачественных новообразований у женщин», – сказал Рустем Хасанов, главный врач РКОД МЗ РТ. – Они уже доказали свою эффективность, но ранее были апробированы в отдельности. А сейчас пациент получает возможность единожды пройти всю технологическую цепочку скрининговых мероприятий, которые нацелены на выявление более половины наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований. Важнейшей составляющей данного проекта является отработка процедур диагностики рака с применением простых и безопасных методик обследования».

## «Казань - «цех» по производству инструментов для ринологов»

В столице Татарстана состоялся IX Конгресс Российского общества ринологов с международным участием.



Замминистра здравоохранения РТ Руфина Голубева поблагодарила президента Российского общества ринологов Андрея Лопатина за выбор Казани местом проведения конгресса. «Это дает

большие возможности для специалистов РТ познакомиться с новыми технологиями диагностики и лечения в области отоларингологии», – сказала она. Сегодня в 25 из 43 муниципальных образований республики функционируют более 500 коек этого профиля, работает около 200 специалистов. В работе конгресса участвовали также главный оториноларинголог РФ, профессор Яков Накатис и ректор КГМА Камилъ Зыятдинов, который отметил, что по потерям болезни дыхательных путей среди экономически активного населения занимает первое место. По словам Владимира Красножона, президента конгресса, завкафедрой отоларингологии, профессора КГМА, это связано с рядом объективных причин – экологией, анатомофизиологическими особенностями, аллергиями. Отец российской ринологии, профессор, член-корр. РАМН Геннадий Пискунов выразил свое удовольствие тем, что конгресс проходит в городе, с которым история ринологии связана напрямую, что «Казань - «цех» по производству инструментов для ринологов». Шейвер отечественного производства, риноэндоскопы, эндовидеокамеры, инструменты и многое другое востребованы и успешно применяются специалистами.

## Оперировать правовыми категориями

К этому призвал медицинских работников первый замминистра здравоохранения РТ Аделъ Вафин на прошедшем в Казани семинаре «Актуальные проблемы правового обеспечения медицинской деятельности».



Программа семинара разрабатывалась под руководством президента Национальной Ассоциации медицинского права, заслуженного юриста России, члена-корреспондента РАМН, завкафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, д. м. н., профессора Юрия Сергеева. Подчеркнув важность рассматриваемых вопросов, Аделъ Вафин сказал,

что решение проблем правового урегулирования медицинской деятельности стоит в одном ряду с выполнением задач модернизации здравоохранения. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции РФ. Однако уровень отечественного здравоохранения отстает от мирового во многом из-за несовершенства медицинской законодательной базы. Поэтому знание юридических аспектов становится обязательным условием для повседневной работы медперсонала. Участники семинара – главы, руководители клиник, начмеды, зам. главврачей и зав. отделениями, практикующие врачи и медсестры – смогли получить ответы на вопросы по законодательству в сфере здравоохранения.





## На стройплощадках здравоохранения

В рамках модернизации здравоохранения в Татарстане запланированы реконструкция 39 медицинских учреждений, в том числе РКБ, ДРКБ, строительство новой казанской БСМП и других медицинских объектов - в общей сложности 74 тысячи квадратных метров. Значительный объем строительных работ должен быть выполнен уже в этом году. Реконструкция и капитальный ремонт медицинских объектов ведутся высокими темпами и находятся под контролем руководства республики.

**З**акончилась реконструкция первой очереди консультативной поликлиники Республиканской клинической больницы. Здесь созданы все комфортные условия для обслуживания пациентов.

**Д**ля Детской республиканской клинической больницы построено здание нового, современного приемно-диагностического отделения, в котором сегодня уже ведется прием пациентов.

**В**ысока степень готовности приемного отделения новой больницы скорой медицинской помощи, которая разместится на территории городской клиники №7. Началось строительство ее основного корпуса.

### РКБ



### ДРКБ



### Городская больница №7 г. Казани





Миллиарды рублей, вложенные в реконструкцию и оснащение российских клиник, - лишь первый шаг на пути к медицине мирового уровня. Кроме материальной базы, необходимо обновление и базы законодательной, регламентирующей работу врачей и финансирование медицинских учреждений. В январе нынешнего года вступил в силу Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ», который в медицинских кругах уже оценили как реформаторский. На подходе еще один знаковый для медицины Закон - «Об основах охраны здоровья граждан». О том, как меняется российское законодательство в сфере медицины, наш корреспондент беседует с руководителем юридического отдела Министерства здравоохранения Республики Татарстан Татьяной СТРЮКОВОЙ.



## Что пропишет докторам закон об обязательном медицинском страховании

**- Татьяна Андреевна, что, на ваш взгляд, побудило власть к созданию нового закона об обязательном медицинском страховании?**

- Его с нетерпением ждали не только медицинские работники, но и пациенты. Старая система ОМС, действовавшая в России с 1993 года, нередко приводила к тому, что жители некоторых регионов страны могли получить медицинскую помощь только по месту жительства. Оказавшись в другой республике или области, пациенты оставались наедине со своими проблемами. Причиной тому являлось то, что региональные фонды ОМС были оторваны друг от друга и имели разные бюджеты. Объем поступления страховых взносов зависел от количества предприятий на территории региона, поэтому в одних фондах собиралось достаточно денег для лечения жителей, а в других нет. Соответственно

медицинские учреждения в регионах финансировались по-разному. Теперь, согласно новому Закону «Об обязательном медицинском страховании в РФ», финансирование системы ОМС становится централизованным.

Согласно новому законодательству, с 2013 года страховые взносы будут собираться в федеральном фонде ОМС и оттуда распределяться по регионам, в соответствии с их программами государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. По размеру денежных средств региональные программы будут примерно одинаковыми. То есть на лечение каждого жителя страны будет выделяться равное количество средств независимо от региона, где он живет. Разница в региональных программах будет обусловлена только естественными особенностями каждого субъекта России. Будут учитываться климат,

удаленность населенных пунктов, половозрастные факторы, характеристики заболеваемости населения...

До 2013 года в России установлен переходный период, необходимый для того, чтобы регионы выровняли размеры программ госгарантий и сделали их уровень выше базового. Для тех субъектов страны, где для обеспечения базового уровня не хватает средств, предусмотрены государственные дотации. Новая система ОМС сделает возможным использование в стране единого российского полиса медицинского страхования. Имея на руках этот документ, жители Татарстана смогут получать качественную медицинскую помощь в любом регионе России.

**- Что прописывает новый Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» частным клиникам?**

- Для них он упрощает, прежде всего, порядок и участие в системе ОМС.



До января нынешнего года коммерческие лечебные учреждения могли получить финансирование из фонда ОМС только на основании решения органов власти. К примеру, в нашей республике для участия в программе ОМС им требовалось направить свои предложения по оказанию медицинских услуг в муниципалитет. Оттуда они поступали в Минздрав РТ на согласование, и, в случае принятия положительного решения, с частными клиниками заключались договоры. Сегодня вопрос об их участии в программе госгарантий решает комиссия при Кабинете Министров РТ. При этом частные предприятия могут обращаться туда напрямую.

**- С введением в России новой системы ОМС в стране одновременно произошло еще одно знаковое событие - исчезла муниципальная медицина. Что за этим последует?**

- Согласно поправкам, внесенным в Закон №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», организация оказания медицинской помощи теперь является обязанностью только органов федеральной власти и субъектов РФ. Что касается муниципалитетов, то они должны всего лишь «создать условия для организации медпомощи». Каким образом муниципальные служащие будут это делать, закон не объясняет. Ожидается, что ответ на этот вопрос будет отражен в Законе «Об основах охраны здоровья граждан», который в данный момент находится на рассмотрении в Госдуме РФ.

На мой взгляд, решение об упразднении муниципальной медицины правильное. В России больницы и поликлиники издавна находились в ведении государства, а муниципалитетам их передали только в 2005 году. Все вопросы, касающиеся лечения граждан в Татарстане, решает министр здравоохранения, а клиники находятся в ведении муниципалитетов. При таком раскладе эффективно управлять отраслью очень сложно, поэтому было принято решение вернуться к старой вертикали власти. На сегодняшний день все татарстанские клиники переводятся из ведения местных властей в республиканскую собственность. Это тяжелая и кропотливая работа, но необходимая. Согласно новому законодательству муниципальная система здравоохранения может существовать в России только в том случае, если органы региональной власти делегируют муниципалитетам часть своих полномочий.

**- Только ли роль муниципалитетов в системе здравоохранения РФ определяет Закон «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- Не только. В частности, этим законом планируется ввести в систему

государственных гарантий комплекс профилактических мероприятий.

Еще законопроектом обновлена классификация медицинской помощи. В частности, наряду с первичной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощью появилось понятие паллиативной (нелечебной) медпомощи. Более четко прописаны стандарты оказания медпомощи, они должны быть едиными на всей территории РФ. Медицинская помощь должна оказываться пациентам одинаково, независимо от места их проживания.

Для меня как юриста очень важно, что в законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан» много внимания уделяется так называемому понятию-

редких заболеваний должен взять на себя федеральный бюджет. Впрочем, войдут ли эти предложения в окончательную редакцию закона, пока не известно.

Закон «Об основах охраны здоровья граждан» был внесен Правительством России в Госдуму РФ еще в апреле нынешнего года. Однако после первых слушаний рассмотрение законопроекта было отложено до сентября. У некоторых представителей медицинских кругов он вызвал острую критику.

По словам Татьяны Стрюковой, сегодня клиники оказывают платные услуги на основании Постановления Правительства РФ от 13 января 1996 года «Об утверждении Правил предо-



ному аппарату. Там четко прописывается основная терминология, которая используется в медицине, и дается ее значение. К примеру, стало понятно, чем медицинская услуга отличается от медицинской помощи. Еще законопроект вводит понятие редких (орфанных) заболеваний, лечение которых связано с большими финансовыми затратами. На сегодняшний день лечение подобных болезней проводится за счет региональных бюджетов, однако далеко не все субъекты РФ могут выделить средства на лекарства и проведение медицинских процедур. Поэтому Минздравом РТ внесены предложения в проект Закона «Об основах охраны здоровья граждан», которыми предусмотрено, что расходы на лечение

населению медицинскими учреждениями». Этот документ устарел и требует корректировки. Поэтому руководители здравоохранения надеются, что Закон «Об основах охраны здоровья граждан» расставит все точки над i в этом щекотливом вопросе. Стоит заметить, что законодательное разграничение страховой и платной медицины в нашей стране необходимо еще и для развития индустрии медицинского туризма. Оснащенные по последнему слову техники, российские клиники смогут принимать и пациентов из ближнего и дальнего зарубежья, а это - дополнительные финансовые вливания и новый толчок для развития отечественной медицины.



# Болевые точки медицинского страхования

**Сергей КИСЕЛЕВ:**  
**«Показатель здоровья нации - это интегрированная оценка результативности функционирования страны»**

Модернизация здравоохранения в последнее время - любимая тема всех новостных телепрограмм. По всей России реконструируются клиники, закупается новое оборудование, внедряются it-технологии. Татарстан находится в авангарде перемен, участвует сразу в четырех нацпроектах по линии здравоохранения, а общая смета региональной программы модернизации на 2011 - 2012 годы составляет около 8 миллиардов рублей. Но одно дело укреплять материальную базу, и совсем другое - совершенствовать саму организационно-управленческую модель развития отрасли. Какие перемены ожидают врачей и пациентов? Своим видением ситуации с Healthy Nation поделился Сергей Киселев - доктор экономических наук, заслуженный деятель науки РТ, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением КГМА, директор Высшей школы экономики Казанского государственного технологического университета, эксперт по медицинскому страхованию Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, член Научного методического совета при Министерстве экономики РТ.

## ТРОЕ С СОШКОЙ - СЕМЕРО С ЛОЖКОЙ

Колоссальные бюджетные средства, которые сегодня вкладываются в российское здравоохранение, к сожалению, еще не гарантируют доступной и качественной медицинской помощи. Эти деньги направлены лишь на ремонт и оснащение клиник. А вот оплата лечения граждан производится из внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования, размеры которого довольно скромны. ФОМС пополняется за счет отчислений от заработной платы, а в современной России из каждых десяти человек работают в лучшем случае трое. Остальные семеро - это неработающее население: пенсионеры, инвалиды, дети... Средства за них в систему ОМС перечисляют местные бюджеты, а это обычно происходит с задержками. Поэтому ФОМС зачастую не в состоянии покрыть все страховые случаи, возника-

ющие в стране. В то же время по закону российские клиники обязаны оказывать пациентам медицинскую помощь независимо от того, есть в фонде деньги на оплату их работы или нет. В итоге многие врачи вынуждены заниматься лечением пациентов сверх нормы, а это не способствует качеству медицинских услуг. И система здравоохранения работает не так идеально, как этого хотелось бы. Впрочем, по мнению Сергея Киселева, идеальной модели здравоохранения пока не изобретено.

- Во всем мире наиболее передовой и наукоемкой принято считать американскую систему здравоохранения, - говорит Сергей Киселев. - США тратят на охрану здоровья больше, чем любая другая страна в мире, - около 16 процентов валового внутреннего продукта.

К примеру, в 2007 году американцы потратили на охрану здоровья 2,26 триллиона долларов, что составляет 7 тысяч



439 долларов на одного человека. Для сравнения: в России на здравоохранение тратится только два процента ВВП. При этом на одного человека расходуется немногим больше 150 долларов. Американское здравоохранение построено на частной системе медицинской помощи. Большая часть услуг оказывается частнопрактикующими или, как их называют, семейными врачами и частными клиниками. Лечение оплачивается страховыми компаниями при наступлении страхового случая. Что касается государственных программ медицинской помощи, то их

колоссальные средства, направляемые в здравоохранение. А ведь показатели здоровья нации – это и есть интегрированная оценка результативности функционирования страны.

#### ЖИТЬ НА ОДНУ ЗАРПЛАТУ

По словам Сергея Киселева, свои плюсы и минусы есть и в европейских моделях здравоохранения. В странах Старого Света наибольшее распространение получили две системы. Первая из них введена канцлером Германии Отто фон Бисмарком. Она построена на принципах медицинского

от частной медицины, затем введение принципов медицинского страхования для увеличения доступности медицинской помощи и, наконец, бесплатная национальная медицина как высшее достижение цивилизации. В России же введение принципов медицинского страхования базировалось на политике ограничения доступности медицинской помощи, бесплатная медицина стала жертвой экономического кризиса девяностых годов. Оплачивать расходы на здравоохранение из бюджета стало невозможно, и в 1993 году был создан внебюджетный фонд

**95 процентов всех клиник в стране являются государственными.**

**Они либо федеральные, либо региональные, либо муниципальные.**

**А все страховые медицинские компании – негосударственные.**

**В итоге получается конфликт интересов, который противоречит главному мотиву и стимулу закона об ОМС – созданию условий конкуренции, когда главный врач и пациент получают возможность выбора как лечебного учреждения, так и страховщика**



в этой стране существует только две – Medicaid и Medicare. Одна рассчитана на бесплатную помощь пенсионерам и неработающим гражданам, которые не в состоянии приобрести страховку, другая обеспечивает лечение инвалидов.

Казалось бы, американское здравоохранение охватывает все слои населения, а размер выплат по страховым случаям гарантирует хорошее лечение. И тем не менее у американской модели есть серьезные минусы. Стоимость медицинских полисов постоянно растет, в результате среднестатистический американец порой не в состоянии купить себе адекватную медицинскую страховку в соответствии со своим заболеванием. Он вынужден приобретать полис, который оплачивает только ограниченный набор медицинских услуг. А это обстоятельство приводит к тому, что показатели здоровья нации в США, по данным ВОЗ, далеко не лучшие в мире, несмотря на

страхования. Ее используют в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Швейцарии. Вторая разработана английским экономистом Уильямом Бевериджем. Она направлена на предоставление бесплатных медицинских услуг на принципах бюджетного финансирования и предполагает участковый характер медицинского обслуживания населения. Эта система применяется в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии. Конечно, в чистом виде эти системы не встречаются нигде. Как правило, они интегрированы между собой, и отдельные их элементы тесно переплетены друг с другом. Так, в Великобритании при национальной бесплатной системе здравоохранения параллельно достаточно широко распространены добровольные виды медицинского страхования.

Во всем мире система здравоохранения развивалась, как правило, по логически выверенному пути, начиная

ОМС, в который стали поступать взносы предприятий. Система медицинского страхования была использована как средство спасения отрасли. Но кризисный период давно миновал, и система ОМС сегодня нуждается в реорганизации.

– На мой взгляд, одно из самых слабых звеньев ОМС – это привязка обязательных сборов к фонду оплаты труда, – говорит Сергей Киселев. – Зарплата у людей колеблется, вдобавок многие предприятия используют конвертные схемы оплаты труда. Система национального здравоохранения не должна строиться на столь зыбком фундаменте, как уровень зарплаты населения. Это приводит к тому, что в период сильных экономических кризисов поступления в фонд ОМС сокращаются, что безусловно влияет на качество помощи. Понимая это, российский правительством пытается искать варианты, чтобы заставить предприятия раскошелиться на медицину. К примеру, взносы в ФОМС

до начала текущего года включались в единый социальный налог. Но меры принуждения не всегда эффективны и, кроме того, они противоречат принципам медицинского страхования.

Вторая проблема системы здравоохранения – это вопросы собственности. 95 процентов всех клиник в стране являются государственными. Они либо федеральные, либо региональные, либо муниципальные. А все страховые медицинские компании – негосударственные. В итоге получается конфликт интересов, который противоречит главному мотиву

заключать договора. Но даже они лишены этого. Главные стимулы и рычаги законодательства не работают. Если мы так стремимся сохранить государственную систему здравоохранения, почему тогда не сконцентрировать средства Фонда обязательного медицинского страхования в государственных структурах?

А частные страховщики при этом могли бы заниматься добровольным медицинским страхованием. Если у человека есть дополнительные средства, он купит полис, расширяющий возможности медицинской помощи. Если лишних денег нет

распределения средств на федеральном уровне работает крайне не эффективно, и каждый регион выживает, как может. Сегодня в Татарстане на одного жителя приходится средств ОМС в шесть – семь раз больше, чем, например, в Адыгее. И если адыгеец, оказавшись в нашей республике, случайно заболеет, его будут лечить бесплатно. Отказать в предоставлении медицинских услуг татарстанские врачи не имеют права. В то же время они прекрасно понимают, что денег за лечение из фонда ОМС Республики Адыгея они не получают. Их там попросту нет.



**Лицензирование врачей – это всего лишь вопрос времени. Медицинских работников в стране станет гораздо меньше, зато их зарплата увеличится в разы. Во всем мире врач – одна из самых высокооплачиваемых профессий. Так будет и у нас.**

и стимулу закона об ОМС – созданию условий конкуренции, когда главный врач и пациент получают возможность выбора как лечебного учреждения, так и страховщика. В итоге наша система здравоохранения экономически заинтересована в том, чтобы население больше болело, так как за каждым обратившимся пациентом идут страховые деньги. Частный страховщик заинтересован в том, чтобы собрать больше денег и меньше потратить их на страховые случаи. Клиники же заинтересованы, чтобы получить больше средств. В ряде регионов это противоречие попытались устранить тем, что создали частную компанию с государственной долей в уставном капитале. Однако смысл российского законодательства об обязательном медицинском страховании заключается в том, чтобы в стране действовала сеть частных страховых компаний, и главврачи клиник имели право выбора, с кем из страховщиков

– пойдет в клинику и ограничится стандартным набором услуг. На сегодняшний день в структуре финансовых потоков, поступающих в систему здравоохранения, средства добровольного медицинского страхования составляют всего от трех до пяти процентов. А это говорит о том, что добровольным медицинским страхованием в стране никто всерьез не занимается.

#### **КАЖДЫЙ САМ ЗА СЕБЯ**

Еще одна проблема российской системы ОМС – это противоречие между низкой эффективностью распределительных функций ФОМС и конституционным правом граждан на получение медицинской помощи на территории России. Количество крупных предприятий в каждом регионе разное, поэтому в одних региональных фондах собирается достаточно средств для лечения местных жителей, в других их катастрофически не хватает. По сложившейся практике система пере-

В России уже имеются факты, когда клиники отказывались принимать на лечение пациентов из других регионов страны.

Не случайно Правительство России разрабатывает положение о введении в стране единых федеральных полисов медицинского страхования, без привязки к месту проживания. Однако по мнению Сергея Киселева, эта мера едва ли поможет улучшить финансирование российского здравоохранения.

– Существующие национальные проекты, которые оплачиваются бюджетом, зачастую противоречат друг другу, – говорит Сергей Киселев. – Так, в соответствии с Нацпроектом «Здоровье» в ряде крупных городов страны идет строительство центров высокотехнологичной медицинской помощи. Уже построена целая сеть клиник европейского образца с прекрасным персоналом и оборудованием. Но, по данным соцопросов, уровень доступности услуг центров





**Лицензирование  
медицинских  
работников  
повлечет за собой  
необходимость  
страхования их  
профессиональной  
ответственности**

ВМП для городского населения составляет порядка 35 – 40 процентов. То есть из десяти горожан только четверо могут рассчитывать на высокотехнологичную качественную медпомощь. А для сельского населения она вообще малодоступна. В то же время демографическая политика России рассчитана на прирост именно сельского населения. На развитие частных хозяйств, строительство домов выделяются большие деньги, создаются условия для привлечения в сельскую местность молодых специалистов. Но как они будут улучшать демографическую ситуацию без доступной медицинской помощи? Ведь в соответствии с Национальным проектом «Демография» основной прирост населения России ожидается за счет сельского населения. Строить крупные медицинские центры, безусловно, лучше, чем развивать сеть небольших клиник. Это выгодно как с экономической, так и с медицинской

точки зрения. Ведь когда в одном месте сконцентрированы лучшие специалисты и современное медоборудование, качество услуг оказывается намного выше. Но чтобы сделать эту помощь доступной, необходима соответствующая транспортная, бытовая, жилищная, социальная, образовательная инфраструктура. А сегодня жители многих деревень не могут даже добраться до центральной районной больницы, поскольку отсутствуют дороги.

#### **СТРАХОВАНИЕ ОТ ОШИБОК**

По словам Сергея Киселева, несмотря на отсутствие концепции, вектор развития российской системы здравоохранения все же наметился. В Государственной Думе РФ в стадии разработки находятся законы о лицензировании медицинской деятельности и страховании профессиональной деятельности врачей. Сегодня в России лицензии на

медицинскую деятельность выдаются только учреждениям, хотя во всем мире лицензируется деятельность конкретных врачей, а лечебные учреждения только аккредитуются.

Отсутствие лицензирования врачей привело к тому, что сегодня в России самое большое число медицинских работников в мире на 100 тысяч населения. Но качество услуг это, к сожалению, не стимулирует. В то же время на оплату армии врачей требуется большое количество денег из ФОМС.

– У нас в России каждый врач стремится найти себе работу в престижной клинике, чтобы получить более высокую зарплату, – говорит Сергей Киселев. – А вот в европейских странах и США все происходит как раз наоборот. Там клиники соревнуются между собой, чтобы привлечь на службу специалиста с высоким образованием и опытом работы. Потому что хороший врач – это бренд, и его имя будет работать на клинику. Примерно такая же схема со временем появится и в России. Лицензирование врачей – это всего лишь вопрос времени. Медицинских работников в стране станет гораздо меньше, зато их зарплата увеличится в разы. Во всем мире врач – одна из самых высокооплачиваемых профессий. Так будет и у нас. А лицензирование медицинских работников повлечет за собой необходимость страхования их профессиональной ответственности. Во всех развитых странах страховые компании берут на себя расходы по возмещению ущерба пациенту, пострадавшему от некачественной медицинской помощи. И ни один европейский врач не имеет права заниматься медицинской практикой, не имея на руках полиса страхования профессиональной ответственности. Когда эти законы вступят в силу, пока неизвестно, но обойтись без них нельзя. Ведь это основополагающие механизмы модернизации любой современной системы здравоохранения.



## Ростислав ТУИШЕВ: «В России, с ее огромными территориями, роль государства в деле оказания медицинской помощи остается ведущей»

Согласно Федеральному закону №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившему в силу в этом году, владельцы бесплатного полиса имеют право выбрать для получения медицинской помощи любое медучреждение РФ, участвующее в программе ОМС, в том числе частное. Однако разрыв между возможностями частной и государственной медицины пока велик. Решение этой комплексной проблемы лежит не только в финансовой плоскости, оно связано и с вопросами права, этики. Об этом наш корреспондент беседует с Ростиславом Туишевым, директором ГАУ «Диспетчерский центр МЗ РТ», заслуженным врачом РФ и РТ, академиком РАМН.

**- Ростислав Иванович, прокомментируйте, пожалуйста, новую правовую ситуацию, которая сложилась в системе российского здравоохранения в связи с вступившим в силу Федеральным законом №326-ФЗ.**

- То, что государство продекларировало свободу выбора для пациентов, - это, конечно, позитивное изменение. Пациент должен иметь право самостоятельно выбирать себе специалиста. Другой вопрос, что государственные медучреждения сегодня располагают большими ресурсами, нежели частные, позволяющими использовать современные, дорогостоящие медицинские технологии. Приоритетное направление нашего здравоохранения - снизить смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, травм, заболеваний, требующих неотложной помощи, что непосредственно влияет на демографическую ситуацию в стране. Такая масштабная

задача пока не может быть реализована в условиях небольших частных клиник. Уровень развития частной медицины зависит от величины инвестиций. Вложенные в медицину средства не всегда приносят быстрый доход. Поэтому бизнес пока не выбрал для себя сферу услуг в здравоохранении.

Хотя уже есть первые примеры крупных инвестиций в здравоохранение: проект компании «Ингосстрах» - клиника «Будь здоров». «Ингосстрах» - один из российских лидеров в страховании, «государство в государстве» - имеет возможность приобрести для своего медучреждения много качественного оборудования, включая, компьютерный томограф. Но это пока не является повсеместной российской практикой. Естественно, что для ведущих специалистов рамки небольших частных клиник малы. В них сложно поддерживать высокий профессиональный уровень. Так, для хирурга, например,

важно иметь возможность постоянной практики и общения с коллегами других специальностей. Врач, делающий тысячи операций в год, - это мастер, ему нужны соответствующие условия. Да, можно все свести к механическому выполнению методик, но есть вещи, которые трудно формализовать, - интуицию, опыт, талант, школу, престиж и т.д.

Вообще, если говорить о частной медицине, то можно провести параллели с тем, как в России развивались торговые отношения. Начиналось все с многочисленных магазинчиков и киосков, со временем стали появляться крупные торговые центры, которые полностью удовлетворили запросы потребителя. Так и в здравоохранении: в Казани сегодня создано множество небольших медицинских центров и кабинетов, которые занимаются оказанием отдельных услуг, не обеспечивая полного набора исследований и процедур. Больной вынужден или вновь возвращаться в государственную систему, или искать другую клинику. В любом случае нет преемственности и системы. При этом нужно отметить, что ряд частных клиник заняли достойное место на рынке медицинских услуг. В основном это касается специализированных видов помощи плюс авторитет лидеров - клиника «КОРЛ», офтальмологическая клиника Расческова, медицинский центр проф. Якупова и другие. Они развиваются в рамках своей узкой специализации, опираясь на профессионализм и квалификацию ведущих врачей.



Одновременно с ними в Казани функционируют множество мелких медучреждений и кабинетов, которые пытаются позиционировать себя как медицинские центры с непонятными претензиями на исключительность. От них буквально пестрит в глазах, и далеко не всегда качество медицинской помощи в таких учреждениях соответствует современным требованиям. К тому же процесс коммерциализации медицины, к сожалению, сопровождается множеством «побочных эффектов»: избыточным количеством назначений препаратов, исследований. Нередко коммерческие интересы превышают меру. Хотя, конечно, все зависит от конкретного специалиста, и было бы неправильно делать оценку всем.

**- Заинтересованы ли частные клиники в участии в системе ОМС?**

- Частная медицина развивается в соответствии с законами рынка, и востребованность ее услуг напрямую зависит от платежеспособности населения. К сожалению, для многих наших граждан, и особенно пожилых, лечение в частных клиниках пока недоступно. Они обращаются сюда, когда нужно провести отдельные исследования, например, УЗИ, не дожидаясь своей очереди в госучреждении. На мой взгляд, частной медицине сегодня по силам обеспечить оказание первичной медицинской помощи в шаговой доступности. Модель, когда врач общей практики открывает кабинет в жилом секторе и обслуживает жителей близлежащих домов, перспективна, ее нужно развивать. Также частные клиники могли бы заниматься амбулаторным долечиванием больных. Но встает вопрос контро-

рые, в принципе, должны сгладить эти противоречия.

Так или иначе, ответственность за судьбу больного в нашей стране возложена на государственную систему здравоохранения, перед которой стоят сложнейшие задачи по снижению смертности и увеличению средней продолжительности жизни в условиях начавшейся крупномасштабной модернизации здравоохранения. Вместе с тем, меняется и отношение к каждому конкретному пациенту, его интересы становятся приоритетными. Теоретически можно вынести за рамки государственной медицины все направления, напрямую не связанные с вопросом выживаемости. Можно оставить только платную стоматологию, офтальмологию, ортопедию и др., но в результате мы получим большое число людей с плохими зубами,



**По мере развития нашего общества доля частных клиник в общем объеме оказанной медицинской помощи будет расти.**

- С одной стороны, - да. Это своего рода признание частной клиники, некий «государственный брэнд», подтверждающий безопасность оказываемой ими медицинской помощи. С другой стороны, те объемы средств, которые сегодня выделяются в рамках страховых выплат, не могут покрыть расходы таких медучреждений. В крупных государственных больницах, через которые проходят десятки тысяч больных в год, итоговые суммы могут перераспределяться, да и оценка труда в них не так высока. Частные же клиники в этом плане находятся в менее выигрышном положении.

**- Какова, на ваш взгляд, их роль в существующей системе здравоохранения? Как будет меняться ситуация в будущем?**

ля их деятельности. Частным клиникам получить лицензии сегодня не очень сложно - нужно лишь иметь сертификаты и прочую документацию. Они не отчетываются перед государственной системой здравоохранения, а значит, вести полноценный мониторинг их деятельности мы не можем. Все это было бы не так важно, если бы система здравоохранения жила в условиях достатка и здоровой конкуренции. Пока возможность здравоохранения ограничена. Необходимость эффективного использования ресурсов оказывает влияние на взаимоотношения частного и государственного секторов. Много зависит от степени организации страхового бизнеса, так как посредником между государством и пациентом выступают страховые компании, кото-

зрением, ограниченных в движении. К сожалению, наши граждане не настолько обеспечены, чтобы из своих средств оплачивать лечение. Что-то можно исправить с помощью социальных выплат, но динамичное развитие частной медицины возможно только при условии роста благосостояния населения.

В разных странах мира работают свои модели системы здравоохранения с акцентом на государственную, страховую или частную медицину. Но везде стараются соблюдать паритет между доходами и неизбежными расходами. Модели очень индивидуальны. Они зависят от экономики, традиций и других особенностей конкретной страны. В России, с ее огромными территориями, роль государства в деле оказания медицинской помощи пока остается ведущей. По мере развития нашего общества доля частных клиник в общем объеме оказанной медицинской помощи будет расти. Уверен, что в здравоохранении и для них найдется место.

# Частные клиники в системе ОМС: реалии и перспективы



Какую роль Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сыграет в развитии рынка медицинских услуг? В обсуждении этой темы заочного круглого стола, организованного Healthy Nation, принимают участие руководители частных медицинских центров Казани (слева направо): Диляра Нестерова – главный врач клиники «Будь здоров», Динар Мингазов – генеральный директор медицинского центра «КОРЛ», Эдуард Якупов – генеральный директор медицинского центра «Ваше здоровье», Флюра Галиева – директор медицинского центра «Реамед», Александр Расческов – генеральный директор клиники «Глазная хирургия Расческов», Наиля Латыпова – директор медицинского центра Alan Clinic.



## ЗАКОН КАК ТОЧКА ОТСЧЕТА

**Ф**едеральный закон №326-ФЗ меняет правила игры для всех субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования. Так, к медицинским организациям в сфере ОМС теперь могут относиться учреждения любой организационно-правовой формы (разумеется, в рамках законодательства РФ), в том числе индивидуальные предприниматели, занимающиеся медицинской практикой. Такие организации должны иметь право на осуществление медицинской деятельности и быть включены в соответствующий реестр. При этом Федеральным законом устанавливается, по сути, уведомительный порядок включения медицинских организаций в программу ОМС.

Несколько частных медучреждений Татарстана уже участвуют в программе госгарантий, но это, скорее, частные случаи, нежели распространенная практика. Между тем, недооценивать перспективность такой формы государственно-частного партнерства не стоит. Например, в Перми, по данным муниципального управления здравоохранения, частные клиники уже взяли на себя около трети всей амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой по полисам ОМС.

### Диляра НЕСТЕРОВА:

- Закон, безусловно, актуален, но он является базовым документом, носящим во многом декларативный характер... В частности, положение о том, что владелец полиса ОМС может пользоваться услугами любых медучреждений России, пока не подкреплено алгоритмом реализации.

### Наиля ЛАТЫПОВА:

- Это только начало, теперь положения закона должны получить определенную юридическую и финансовую базу. Главным же его достижением является то, что у граждан появляется право выбора медицинской помощи, гарантированное любым демократическим обществом.

### Динар МИНГАЗОВ:

- Закон определяет взаимоотношения между тремя сторонами: продавцами медицинских услуг, их потребителями и государством. Если все действительно начнет функционировать так, как задумано, выиграют все. Государство обеспечит население качественной медицинской помощью, потребители получают доступ к современным услугам, частные клиники - новых клиентов, которые раньше не могли полностью оплачивать их услуги. В конечном счете, это может стать хорошим стимулом для развития малого и среднего бизнеса.

## ГОСУДАРСТВО И БИЗНЕС: партнерство или компромисс?

Несмотря на общий оптимизм, представители рынка медицинских услуг признают, что найти точки соприкосновения между интересами государства и бизнеса пока не так-то просто.

### Флюра ГАЛИЕВА:

- Мы специализируемся, прежде всего, на детской неврологии, основной метод лечения, который используем в своей практике, - рефлексотерапия. В перечне услуг, гарантированных государством, она предусмотрена в лечении болезней офтальмологического профиля, но не для неврологического. Вообще, пока по нашему профилю нет полной ясности, какая именно медицинская помощь, и в каком объеме она может быть оплачена из фонда ОМС.

К нам часто обращаются бабушки и дедушки - опекуны детей, которым лечение по системе добровольного медицинского страхования (ДМС) не по карману. Мы обычно идем им навстречу, делаем скидки, проводим бесплатно дополнительное обследование или курс лечения, но в целом это, конечно, не меняет ситуации.

### Наиля ЛАТЫПОВА:

- Для нас вступление в систему обязательного медицинского страхования пока не так актуально, мы предлагаем передовые европейские технологии, которые еще не успели получить в России массового внедрения. А значит, государственная машина, которая обладает меньшей гибкостью, чем коммерческие организации, еще не успела их включить в программу госгарантий.

Хотя, по мнению участников обсуждения, и государство, и бизнес в сфере медицины преследуют общие цели.

### Александр РАСЧЕСКОВ:

- Я считаю, что не нужно противопоставлять государственные и частные клиники. Мы проходим такое же лицензирование, выполняем требования всех регулирующих инстанций. Отличается только форма собственности, что для пациента не так важно, главное - у него есть возможность получить качественное лечение.

### Эдуард ЯКУПОВ:

- Партнерство государственных и частных структур, безусловно, необходимо. При этом коммерческие интересы не всегда сводятся к сиюминутной выгоде. Во главу угла мы ставим качество оказания услуг, потому что понимаем, что как только перестанем оказывать медицинскую помощь на достойном уровне, так лишимся притока новых клиентов. Вынужден признать, что в отрасли есть определенная доля частных предприятий, у которых другие ориентиры. В погоне за длинным рублем они нарушают правила врачебной этики, навязывая услуги, что дискредитирует само понятие «частной медицины» и рождает у чиновников и пациентов скептическое к ней отношение.

Возможно, из-за этого даже благотворительные инициативы частных клиник не всегда находят должную поддержку.

### Флюра ГАЛИЕВА:

- Мы выходили с предложением о бесплатных услугах для детских домов. Удалось провести курсы лечения нескольким подопечным приюта для временного пребывания. Но в дальнейшем эти дети были распределены по другим детским домам, и в большинстве случаев отследить эффект от лечения в динамике нам не удалось.

Несколько детей из детских домов в квартал или полугодие мы готовы и впредь лечить бесплатно. Можно было бы и больше, но встает вопрос оплаты. Большинство руководителей детских домов относятся к нам настороженно, и я их понимаю, ведь они отчитываются за каждую копейку. И пока вышестоящими инстанциями не будут регламентированы условия такого взаимодействия, они будут носить единичный характер. Затраты на лечение этих детей, очевидно, предусмотрены государством. Мы, со своей стороны, с учетом того, что качество оказываемых услуг должно оставаться на должном уровне, готовы, например, оказывать им услуги по минимальной рыночной стоимости, сложившейся в регионе.

Главной же преградой на пути государственно-частного партнерства, по признанию многих представителей рынка медицинских услуг, являются низкие тарифы на оказание медицинской помощи, которые предлагает государство.

#### **Эдуард ЯКУПОВ:**

- Действительно, здесь нужно либо договариваться с государством о повышении тарифов, либо пытаться скомпенсировать затраты частной клиники за счет повышения объема оказанной медицинской помощи. Например, человек может прийти к нам сделать УЗИ сосудов шеи по программе госгарантий, при этом он получит более высокий уровень сервиса. Возможно, после этого он возьмет какую-то иную дополнительную услугу уже по полному тарифу. Нельзя недооценивать и значимость «сарафанного радио», которое в нашей сфере работает лучше любой рекламы.

Есть и иная позиция.

#### **Диляра НЕСТЕРОВА:**

- Повышение объема медицинской помощи для того, чтобы скомпенсировать тариф, - для нас не выход. Наши врачи работают не сдельно, а на окладе. Увеличение нагрузки приведет к ухудшению качества услуг, что для нас недопустимо. Кроме того, здесь возникает ряд аспектов этического плана. Представим, что в одном кресле сидит пациент, получающий помощь по минимальному тарифу ОМС, а в другом - пациент по полному тарифу добровольного медицинского страхования. Использовать при лечении первого более дешевые расходные материалы? Меньше платить за него врачу? Мы готовы взять на себя часть госзаказа по тарифам ОМС и при этом оказывать медицинскую помощь в полном объеме, если государство, со своей стороны, будет помогать нам с развитием программы ДМС.

#### **Наиля ЛАТЫПОВА:**

- Система, объединяющая элементы ДМС и ОМС, выгодна как государству, так и пациентам. Это позволит государству обеспечить гарантированный минимум по сохранению здоровья граждан, при этом их менталитет будет постепенно меняться. Людям надо привыкать к мысли о том, что качество жизни - это то, за что нужно платить. При этом на дополнительные медицинские услуги деньги можно откладывать заранее, постепенно накапливая их. Эта система уже успела хорошо себя зарекомендовать во многих развитых странах.

#### **Александр РАСЧЕСКОВ:**

- Внедрение новых, более совершенных технологий и материалов в глазной хирургии ведет к росту стоимости медицинских услуг, что, видимо, должно учитываться при разработке новых стандартов. Сегодня тариф ОМС на высокотехнологичную операцию по удалению катаракты рассматривается на уровне 18 тысяч рублей. В эти рамки мы могли бы уложиться, например, используя расходные материалы отечественного производства. Они обладают достойным качеством, и с их помощью вполне можно вернуть человеку зрение. Вообще, катарактой страдают преимущественно пожилые люди, которые зачастую ограничены в финансах. Мы, со своей стороны, стараемся внести свою лепту в то, чтобы улучшить качество их жизни - проводим бесплатную диагностику и лечение ветеранов, предлагаем скидки.

## **КАК НАЙТИ СВОЮ НИШУ**

#### **Динар МИНГАЗОВ:**

- На рынке медицинских услуг есть ряд основных игроков по каждому из направлений, которые готовы быстро и с высоким качеством оказывать помощь. При этом государственная медицина всегда будет играть ведущую роль, поскольку у нее больше ресурсов, позволяющих оказывать высокотехнологичные услуги. Преимущество частных клиник - в скорости и эффективности принятия решений. Хотя, конечно, нельзя не отметить, что в процессе реформы системы здравоохранения Татарстана в государственных медучреждениях активно внедряются современные принципы менеджмента. Но на сегодня частные клиники все же более оптимально используют имеющиеся возможности. Думаю, в некоторых случаях государству эффективнее было бы передать им часть своих функций, чем с нуля выстраивать работу. Компания «КОРЛ» стремится всегда быть одной из ведущих на рынке, но в отношении государственно-частного партнерства мы поступим консервативно. Для начала нужно посмотреть, как это внедряется на практике у наших коллег, оценить эффективность подобных мер. Основной поток наших пациентов - это люди со средним достатком, и для нас важно сохранить высокий репутационный уровень. Конечно, мы заинтересованы в том, чтобы увеличить объемы оказываемых медицинских услуг, но этот рост должен быть управляемым.

#### **Эдуард ЯКУПОВ:**

- Я глубоко убежден, что в системе оказания медицинских услуг есть место и крупным федеральным центрам, которые находятся на острие «медицинского хай-тека», и небольшим медицинским центрам, занимающимся так называемой амбулаторной рутинной. При этом частные клиники, как правило, дают пациентам то, что они не могут получить в государственных поликлиниках. Если говорить о нашем неврологическом профиле, то участковый врач может посвятить одному пациенту лишь





10 - 15 минут, закрепленных нормативом, мы же позволяем себе общаться столько, сколько нужно. А в течение трех часов в нашем центре можно провести полноценное неврологическое обследование - в обычной поликлинике пациент ходил бы из кабинета в кабинет, ждал результатов диагностики в течение нескольких дней. Частные клиники имеют больше возможностей для динамичного развития. Например, я обратил внимание на то, что в Республике Татарстан плохо развито направление сомнологии. Между тем, оно востребовано и клинически актуально. В течение месяца мы оборудовали и запустили в работу лабораторию сна. Государственным учреждениям такие изменения даются гораздо тяжелее, вспомнить хотя бы печально известный Федеральный закон №94-ФЗ, который загоняет бюджетные учреждения в прокрустово ложе госторгов, когда порой даже бумагу нельзя купить без проведения тендера.

## Наиля ЛАТЫПОВА:

- Частные клиники заняли свою нишу благодаря более высокому уровню сервиса, комфорта, внедрению современных технологий. При этом лечение здесь проводится преимущественно амбулаторно. Эти позиции полностью обоснованны как с точки зрения спроса, так и юридически. У государственных клиник несколько иные приоритеты - обеспечить доступность медицинской помощи, сохранить здоровье граждан, мы же повышаем качество их жизни. Такие специализированные клиники, как наша, были бы рады, если бы государство стало более активно позиционировать систему ДМС. А предложением по ОМС сегодня вполне могут воспользоваться частные многопрофильные клиники. Да и государству, возможно, будет проще отдать им амбулаторную помощь, чем содержать нерентабельную поликлинику. Я уверена, что будущее - за амбулаторными учреждениями, внедряющими, в том числе, стационарозамещающие технологии. При этом неотложная помощь, а также высокотехнологичные операции, конечно, должны оставаться в государственных стационарах.

## Дилияра НЕСТЕРОВА:

- В стационар человек попадает, когда болезнь уже нельзя остановить иными способами. При этом многие проблемы со здоровьем можно решить на амбулаторно-поликлиническом уровне. И то, что у человека появился выбор: идти в местную поликлинику, сидеть в очередях, ходить по кабинетам, или получить быструю помощь в частной поликлинике - это разумная альтернатива. Для Татарстана, где средний уровень доходов населения достаточно велик, это направление очень перспективно. Для нас работа в системе обязательного медицинского страхования - это еще одна возможность получить гарантированный поток пациентов. Почему бы и нет? Любая коммерческая структура стремится к увеличению количества потенциальных источников своих доходов. Только так можно гарантировать стабильное развитие предприятия.

## Александр РАСЧЕСКОВ:

- В Татарстане ежегодно регистрируются порядка восьми тысяч больных катарактой, в нашей клинике за год проводится около 1500 соответствующих операций. Это говорит о том, что мы являемся не конкурентами государства, а партнерами, помогающими увеличить доступность помощи населению. Наглядным примером может служить филиал нашей клиники, который открывается в Шемордане на основе государственно-частного партнерства совместно с администрацией Сабинского района, которая предоставила помещение под медицинский центр; наш вклад - специальное оборудование, решение организационных вопросов, подготовка персонала. В перспективе мы готовы начать работу в системе ОМС. Проблемы со зрением бывают не только у жителей столицы, но они получают здесь необходимую медицинскую помощь. Жителям же районов приходится ездить в Казань, чтобы получить консультацию специалиста, встать в очередь и, наконец, получить высокотехнологичную медицинскую помощь. Это выливается в дополнительные расходы как для больного, так и для его работодателя, оплачивающего больничные листы. Присутствие на рынке нескольких клиник, имеющих схожую специализацию, создает атмосферу здоровой конкуренции, и этот процесс сегодня затрагивает и тех, кто работает по системе ОМС. Благодаря этому офтальмология в Казани за последние годы достигла больших высот. Если раньше клиники было принято сравнивать с московскими, то теперь все равняется на Европу. А выигрывают от этого пациенты.

## Флюра ГАЛИЕВА:

- В нашем медицинском центре, помимо обычно используемого медикаментозного метода, врачи активно используют рефлексотерапию - электропунктуру на оборудовании, прошедшем российскую и европейскую сертификацию; лазерное воздействие; массаж, кислородные коктейли и др. Подобный подход не вписывается в рамки существующих стандартов и, конечно, такой комплекс услуг не может быть оплачен только с помощью ОМС. Нам хотелось бы, чтобы все наши пациенты могли часть получаемых у нас услуг оплачивать в рамках ОМС. А с детскими домами мы готовы работать по минимальным расценкам, но при поддержке государства. \*



# Здоровый подход к менеджменту

В Казани открылась новая многопрофильная клиника сети «Будь здоров». Это пятое региональное медучреждение, созданное в рамках проекта компании «Ингосстрах» по развитию собственных медицинских центров. Многолетние традиции, ответственный подход и грамотный менеджмент позволяют ей успешно работать не только в страховом деле, но и в сфере оказания медицинских услуг.

## СТРУКТУРА КЛИНИКИ

- **Регистратура**  
(включая Call-центр)
- **Диагностическое отделение**  
(УЗИ, рентгенология, лабораторная диагностика, эндоскопия, функциональная диагностика)
- **Терапевтическое отделение**  
(терапевт, пульмонолог, кардиолог, эндокринолог, аллерголог-иммунолог, дерматолог, невролог, физиотерапевт, мануальный терапевт, рефлексотерапевт)
- **Хирургическое отделение**  
(хирург, гинеколог, уролог, отоларинголог, офтальмолог)
- **Стоматология**
- **Травматологическое отделение**
- **Служба медпомощи на дому**

**Будь Здоров**  
клиники компании Ингосстрах





Основной целью создания клиник «Будь здоров» является обеспечение клиентов по всей России разнообразными медицинскими услугами высокого качества и по приемлемым ценам. Кроме этого, особенностями работы клинической сети являются постоянный контроль качества оказания медицинской помощи и оперативное реагирование на запросы и потребности пациентов.

По словам генерального директора сети клиник «Будь здоров» Дмитрия ВОЛОДИНА, к медицинским работникам предъявляются очень высокие требования. Они должны быть не только высококласными врачами, но и хорошо разбираться в компьютерных программах. В свою очередь, автоматизация медицинских процессов позволяет оптимально распределять нагрузку на специалистов, избегать очередей, эффективно контролировать работу персонала.

- Особое внимание уделяется обеспечению высокого качества оказания медицинской помощи, - рассказывает главный врач казанской клиники «Будь здоров» Диляра НЕСТЕРОВА. - Формат многопрофильной поликлиники (представлено 30 медицинских специальностей),

ным ценам - подкрепляется работой экспертного подразделения управляющей компании. Систематически проводится мониторинг выполнения протоколов лечения, обоснованности тех или иных рекомендаций, отслеживается соответствие оказанной медицинской помощи федеральным стандартам и программам обслуживания страховых компаний.

Материально-техническая база клиник «Будь здоров» также выстроена по единому образцу и подобию. Для каждого врачебного кабинета предусмотрена своя номенклатура медицинского оборудования ведущих мировых производителей.

Поликлиника оснащена современными рентгенаппаратами, УЗИ-сканерами, эндоскопическими стойками. Кабинет стоматолога оборудован современной, многофункциональной техникой, которая обеспечивает безопасность оказания медицинской помощи. Стоматологи используют оборудование, позволяющее сократить время стерилизации и сохранить качество инструментария. Впервые в Казани 16-срезовый рентгеновский компьютерный томограф установлен на поликлиническом уровне.



тивация персонала. Оклад ее врачей не зависит от количества принятых пациентов.

- Мы привлекали врачей, которые не просто были бы квалифицированными специалистами, но и заинтересованными в постоянном повышении своего профессионального уровня, - говорит Диляра Нестерова. - Прежде всего, это врачи с учеными степенями. Каждый четвертый врач филиала клиники в Казани является кандидатом медицинских наук.

Ни для кого не секрет, что многие медики совмещают работу в нескольких медучреждениях. Для руководства клиники «Будь здоров» важно, чтобы медицинские работники воспринимали ее как основное место работы. При этом специалисты, которым важно сохранить свои практические навыки, продолжили работу в стационарах, но уже по совместительству.

Еще одним конкурентным преимуществом клиники «Будь здоров» является оказание медицинских услуг на дому. На выезд отправляется терапевт с мобильным диагностическим оборудованием: электрокардиографом, аппаратом для определения сахара в крови. Также на дому можно получить исследование на высококачественном портативном аппарате УЗИ.

- Сегодня мы анализируем ситуацию, выясняем, какие медицинские услуги пользуются наибольшим спросом, - говорит руководитель казанской клиники «Будь здоров» Диляра Нестерова. - Наша основная задача - внести свой вклад в повышение доступности современной, качественной медицинской помощи. \*



работающей в системе добровольного медицинского страхования, уникален не только для Татарстана, но и всей России. При этом во всех городах, где присутствуют клиники «Будь здоров», они работают по единым корпоративным стандартам. Это касается как внешнего оформления учреждений с обязательным присутствием позитивного оранжевого цвета, так и организации медицинской помощи в целом. Главный принцип - оказание качественных услуг по адекват-

В своей работе врач клиники «Будь здоров» использует компьютерную программу «Электронная история болезни», созданную на основе ГОСТа. Большое внимание уделено обеспечению доступности клиники пациентам с ограниченными физическими возможностями - для них обустроены пандусы, имеются коляски, работают лифт, система климатического контроля воздуха.

Одним из главных факторов эффективной работы клиники является мо-



## Европейский подход к оказанию медицинской помощи

**Заболевания органов малого таза – тема интимная. Чтобы сделать решение подобных проблем более комфортным и безболезненным, в медицинском центре Alan Clinic используются передовые малоинвазивные методики. Большое внимание уделяется объективизации диагностики, лечение же проводится комплексно, на принципах доказательной медицины.**

Три кита, на которых стоит лечение болезней малого таза, – проктология, урология, гинекология. Эти области медицины неразрывно связаны между собой, поэтому в Alan Clinic работают специалисты по всем этим направлениям. Например, женщина после родов может нуждаться в лечении геморроя, но, кроме проктолога, не лишним будет осмотр гинеколога, проблемы могут появиться и в области урологии.

Комплексный подход к оказанию медицинской помощи охватывает все этапы – от первичной диагностики до реабилитационных мероприятий. Так, на приеме у проктолога проводятся внешний осмотр, ректороманоскопия, анаскопия, на основании полученных данных даются рекомендации по тактике лечения. В дальнейшем этот же доктор оказывает медицинскую помощь, что помогает создать доверительные отношения между врачом и пациентом. При лечении используются безоперационные малоинвазивные методы с применением радиоволнового, магнитно-лазерного воздействия, активно применяются физиотерапия, гирудотерапия, грязелечение и др.

К негосударственным медучреждениям население пока относится несколько настороженно, поэтому,

чтобы обосновать оправданность платных услуг, в медицинском центре Alan Clinic активно используются технологии визуализации. Когда при осмотре доктор на экране компьютера показывает пациенту реальную картинку, вопрос о необходимости лечения отпадает сразу. Более того, распечатку с полученными данными пациент может взять с собой, чтобы обсудить ее с другими врачами. «При необходимости мы готовы проводить консилиумы с другими специалистами, – говорит директор медицинского центра, к.м.н. Наиля ЛАТЫПОВА, – совместная работа только повышает нашу объективность».

Принципиальным моментом в работе клиники является также фиксированная стоимость медицинских услуг. Если в ходе лечения выбранная тактика не дала желаемого результата, расходы на дополнительное обследование, процедуры медицинский центр берет на себя.

«Мы придерживаемся европейского подхода к оказанию медицинской помощи, – комментирует Наиля Латыпова, – он предусматривает, что пациент должен платить только за конечный результат, в нашем случае – это решение проблем со здоровьем».

Европейский подход к медицине подразумевает, что здоровье – это показатель качества жизни, и приоритеты российского жителя постепенно меняются, люди начинают понимать оправданность затрат на раннее лечение, проведенное при появлении первых симптомов болезни.

Со своей стороны руководство медицинского центра Alan Clinic внимательно следит за развитием медицинских технологий, внедряет передовые европейские методики лечения. В ближайшей перспективе – применение препаратов гиалуроновой кислоты для лечения преждевременного семяизвержения у мужчин, «стрессового мочевого пузыря» у женщин; обсуждается возможность использования высокотехнологичного метода лечения геморроя, обеспечивающего полную обтурацию артерии, служащей «первоисточником» заболевания.

«Главным нашим достижением я считаю доверие пациентов, – говорит директор Alan Clinic Наиля Латыпова. – Пары, проходившие у нас лечение, заходят к нам, показывают своих детей. Решение интимных проблем становится основой семейного благополучия. Это наполняет нашу работу особым смыслом».



**27-29**  
**ОКТАБРЯ** **2011**  
**СОЧИ**

## МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

### ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2011



#### ЭКСПОМЕД

XII специализированная выставка медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для здравоохранения



#### КУРОРТНАЯ МЕДИЦИНА

XI специализированная выставка оборудования и технологий для курортной и восстановительной медицины, здорового образа жизни



XII Всероссийская научно-практическая конференция

#### ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИИ. СОЧИ 2011

ИНФОРМАЦИОННЫЕ  
СПОНСОРЫ:



**Деловая  
Перспектива**



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
**ФАРОС+**



**Медицина**



  
**СОЧИЭКСПО**

**ОРГАНИЗАТОР:** Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»

тел.: (8622) 647-555, (495) 745-77-09, доб.105  
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

**ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР:**

Группа компаний «Ивент-Сервис»



# Cardiology

## Кардиологическая ПОМОЩЬ - экстренная, эффективная, высокотехнологичная

**Альберт ГАЛЯВИЧ,**  
внештатный главный кардиолог МЗ РТ,  
заведующий кафедрой факультетской  
терапии и кардиологии КГМУ,  
член-корреспондент АН РТ,  
профессор



**К** основным болезням системы кровообращения (БСК) относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС) в различных ее проявлениях (стенокардия стабильная и нестабильная, инфаркт миокарда), гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, к менее часто встречающимся болезням - болезни миокарда (кардиомиопатии, миокардиты), нарушения ритма сердца, приобретенные и врожденные пороки сердца. Наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения вносят ИБС и гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия).

Согласно данным Европейского общества кардиологов (ESC), сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти 4,3 миллиона человек в Европе (48% всех причин смерти), при этом ИБС - наиболее частая причина смерти лиц до 65 лет. Сердечно-

сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти женщин во всех странах Европы и основной причиной смерти мужчин в большинстве европейских стран, за исключением Франции, Нидерландов и Испании. В течение многих лет Россия и страны бывшего СССР сохраняют лидирующие позиции по показателям смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Основные причины сверхвысокой смертности россиян - высокий уровень психоэмоционального стресса, вызванного политическими и экономическими преобразованиями в стране.

**Анализ многолетних данных говорит о том, что в первые шесть часов, когда еще можно попытаться спасти часть мышцы сердца, обращаются около 50% больных, а в первые два часа - только 20%.**

График, приведенный ниже (Р.Г. Оганов, 2007), наглядно подтверждает это положение.

Смертность населения Татарстана от БСК подвержена значительным колебаниям. Так, в 2005

году она была равна 848,6 на 100 тысяч населения, в 2009 году - 797,7, в 2010-м - 849,2 (для сравнения: показатель смертности от БСК в РФ в 2010 году был равен 804 на 100 000 населения).

Распространенность БСК в РТ увеличивается ежегодно. В 2001 году она была равна 146,5 на 1000 взрослого населения, в 2009 году - 293,9, т.е. увеличилась в два раза. Это произошло, в основном, за счет увеличения распространенности артериальной гипертензии. В абсолютных показателях это равно 900 тысячам человек, т.е. у каждого третьего жителя РТ имеется какое-либо

заболевание сердечно-сосудистой системы. Гипертоническая болезнь зарегистрирована у 320 тысяч, ИС - у 180 тысяч, с диагнозом «инфаркт миокарда» ежегодно госпитализируются более



7000 человек. Заболеваемость БСК в 2009 году по сравнению с 2001 годом также увеличилась с 25,1 на 1000 взрослого населения до 35,3. Это значит, что из 1000 человек у 35 ежегодно возникает то или иное заболевание сердечно-сосудистой системы.

Смертность от БСК в РТ людей пенсионного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) в 15 раз выше, чем смертность среди людей трудоспособного возраста. Так, в 2004 году смертность лиц пенсионного возраста была 3446,4 на 100 тысяч населения, трудоспособного возраста - 222,1, а в 2010 году - 3280,3 и 223,3, соответственно. Наиболее высокие показатели смертности от БСК трудоспособного и пенсионного населения РТ были в 2005 году - 252 и 3489,7 на 100 тысяч взрослого населения, соответственно.

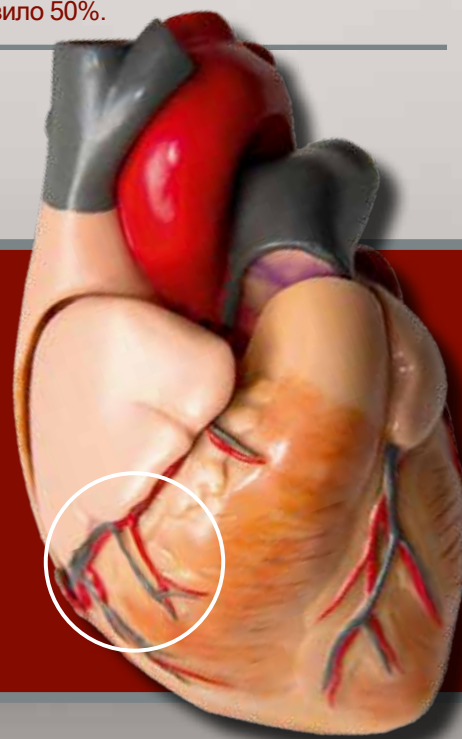
Основная причина смерти 12 350 чел. (39%) из 31 524 чел. - от ИБС, по данным 2010 года.

миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ. При этой клинической форме возникает полное перекрытие (окклюзия) просвета коронарной артерии. В данной ситуации счет идет на минуты, поскольку прекращение кровоснабжения через 20 - 30 минут приводит к необратимым последствиям в виде некроза миокарда и последующим осложнениям.

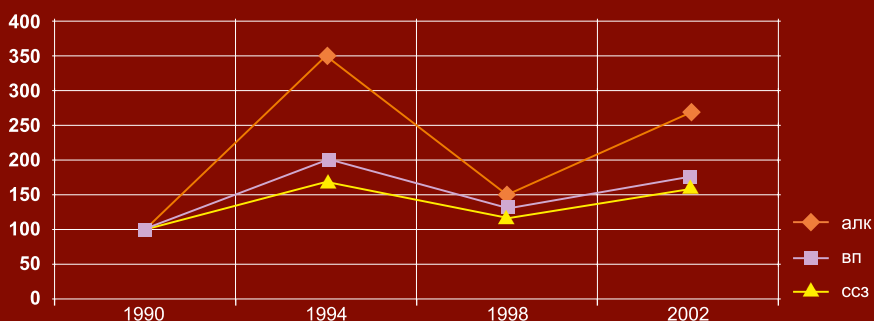
ют, что у них возникло серьезное заболевание, которое может привести к летальному исходу. Причинами своего недомогания они считают остеохондроз, гастрит, бронхит и др. Важную роль в медицинском просвещении населения должны сыграть СМИ и, в первую очередь, телевидение. К сожалению, демонстрация простых и

**Внедрение в Республике Татарстан системы оказания круглосуточной высокотехнологичной медицинской помощи значительно снизило госпитальную летальность при инфаркте миокарда. В 2001 году она составляла 19%, в 2005 году - 15%, в 2010 году снизилась до 12,7%. А общее снижение госпитальной летальности за 10 лет составило 50%.**

Основные проявления инфаркта миокарда - загрудинная боль распирающего или сдавливающего характера с иррадиацией (отдачей) в левую руку, левое плечо, нижнюю челюсть. Боль, как правило, возникает на высоте физической или психоэмоци-



Колебания смертности от БСК, внешних причин и алкоголь-зависимых причин в разные периоды преобразований в РФ у мужчин



Из этого числа умерших 2354 чел. - это люди трудоспособного возраста (19%). На селе умер 3931 чел., из них 628 чел. (16%) трудоспособного возраста. От ИБС в городе умерло 8419 чел., из них 1726 чел. (20,5%) трудоспособного возраста. Таким образом, в РТ на протяжении первого десятилетия XXI века наблюдается рост заболеваемости и распространенности БСК, смертность от БСК лиц пенсионного возраста многократно превышает смертность лиц трудоспособного возраста, городских жителей от ИБС умирает больше, чем сельских. Наряду с этим смертность населения от БСК имеет тенденцию к снижению.

Наиболее неблагоприятно прогнозируемым заболеванием сердечно-сосудистой системы является инфаркт миокарда, увеличивающий показатели инвалидизации и смертности трудоспособного населения. Он проявляется в двух клинических формах - с подъемом сегмента ST на ЭКГ (с формированием зубца Q) и без такового. Наиболее тяжелой формой является инфаркт

ональной нагрузки или сразу после нее и не дает покоя. Не приносят облегчения ни валидол, ни валокордин, ни другие лекарственные средства, за исключением нитроглицерина, да и то кратковременно.

Мышца сердца кровоснабжается двумя основными артериями - левой и правой коронарными (венечными). Левая коронарная артерия разветвляется на две крупные ветви - переднюю межжелудочковую и огибающую. Наиболее часто закупоривается передняя межжелудочковая ветвь, снабжающая кровью большую часть левого желудочка. В связи с тем, что внезапная закупорка передней межжелудочковой артерии приводит к обширному инфаркту миокарда и нередко к смерти мужчин, ее называют «артерией, делающей вдов».

В лечении инфаркта миокарда важны два обстоятельства:

Первое - медицинская информированность населения. Чаще всего пациенты не предполага-

информативных роликов о симптомах инфаркта миокарда и простейших мерах по самопомощи по ТВ упирается в банальную причину - высокую стоимость. Анализ многолетних данных говорит о том, что в первые шесть часов, когда еще можно попытаться спасти часть мышцы сердца, обращаются около 50% больных, а в первые два часа - только 20%. Остальные обращаются через 12 - 24 часа, когда имеются необратимые изменения миокарда и возникают различные осложнения. Наш анализ летальных исходов показал, что время от начала инфаркта у умерших пациентов до их поступления в кардиореанимацию составляет в среднем 66 часов! Как правило, это лица старших возрастных групп, чаще женщины.

Второе обстоятельство - готовность медиков оказать своевременную экстренную помощь, начиная с момента первого контакта с пациентом.

В этом отношении в Татарстане имеются существенные достижения. Важнейшим условием для адекватного лечения БСК, в первую очередь, инфаркта миокарда, стала методическая обеспеченность лечебных учреждений. В Татарстане в 2000 году впервые в нашей стране были внедрены региональные протоколы ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (Приказ МЗ РТ №712 от 16.08.2000). Они были модифицированы в 2005 году (Приказ МЗ РТ №554 от 21.06.2005), а затем в 2009 году (Приказ МЗ РТ №1724 от 15.12.2009 «Об утверждении стандартов медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда в учреждениях здравоохранения Республики Татарстан»). Это касается методов быстрого восстановления кровотока в закупоренной артерии.

Восстановить кровоток в коронарной артерии можно двумя способами. Первый способ - тромболитический, т.е. введение в вену

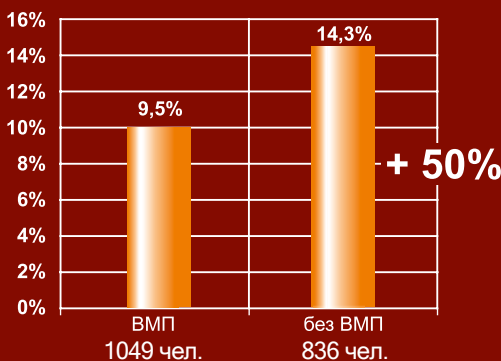
охранения тромболитическими препаратами для лечения инфаркта миокарда» (Приказ МЗ РТ №1589 от 29.12.2004). Ежегодно проводится 800 - 1000 тромболитических при инфаркте миокарда. В 2007 году впервые в истории здравоохранения РТ была создана система круглосуточного оказания помощи больным с инфарктом миокарда с применением экстренной ангиографии и стентирования коронарных артерий на базе МКДЦ и РКБ №2 для жителей г. Казани и ее пригородов. Медицинская помощь оказывается 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, так, как это организовано в развитых странах. В 2010 году такая система была внедрена в юго-восточных районах РТ на базе МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, а в 2011 году - в г. Набережные Челны на базе БСМП. А с оснащением службы скорой медицинской помощи современными автомобилями, в которых есть новейшее оборудование и необходимые

Эффективность оказания высокотехнологичной медицинской помощи при инфаркте миокарда показана на графике.

Мы проанализировали госпитальную летальность при инфаркте миокарда в ряде медицинских учреждений городов РТ. Среди 836 пациентов там, где не было возможности оказать экстренную высокотехнологичную медицинскую помощь, летальность составила 14,3%. Общее число больных инфарктом миокарда, которым была оказана высокотехнологичная медицинская помощь, включавшая стентирование коронарных артерий, составило 1049 человек. Госпитальная летальность при этом была равна в среднем 9,5%. Разница между средними показателями госпитальной летальности высокотехнологичных центров и стационаров без таковой составила 50%!

Таким образом, кардиологическая помощь в РТ в последние годы явно прогрессирует. Это

Госпитальная летальность от инфаркта миокарда в ЛПУ РТ в зависимости от наличия ВМП



лекарственных средств, растворяющих тромб (фибринолитики). Однако его эффективность ограничивается 12 часами с момента возникновения болевого синдрома, пока тромб имеет рыхлую структуру. К наиболее современным фибринолитикам относятся альтеплаза, тенектеплаза, позволяющие, при условии их своевременного введения, восстановить кровоток в 80 - 90% случаев. Второй способ - небольшим хирургическим вмешательством - введением в просвет бедренной артерии специального проводника, который продвигается под контролем рентгеновского ангиографического аппарата в место сужения артерии. С помощью баллона, размещенного на проводнике, артерия расширяется с последующей установкой на этом месте стента (устройство из нейтральных сплавов), обеспечивающего стенкам артерии прочный каркас для сохранения кровотока.

В отношении тромболитического при инфаркте миокарда с 2005 года в Татарстане, также впервые в стране, действует «Отраслевая программа по обеспечению учреждений здравоохранения

лекарственные средства, сегодня имеется возможность начать лечение инфаркта миокарда непосредственно в машине «скорой помощи». Важным подспорьем в быстрой догоспитальной диагностике инфаркта миокарда является расшифровка ЭКГ по телефону, поскольку соответствующими устройствами оснащены все бригады скорой медицинской помощи.

Внедрение в РТ системы оказания круглосуточной высокотехнологичной медицинской помощи значительно снизило госпитальную летальность при инфаркте миокарда. В 2001 году она составляла 19%, в 2005 году - 15%, в 2010 году снизилась до 12,7%. А общее снижение госпитальной летальности за 10 лет составило 50%. В высокотехнологичных медицинских центрах республики - МКДЦ, МСЧ ОАО «Татнефть» - госпитальная летальность от инфаркта миокарда соответствует показателям госпиталей Европы и США - ниже 10%. Смертность населения от инфаркта миокарда в 2010 году по сравнению с 2009 годом снизилась на 5,1% и составила 52,5 на 100 тысяч взрослого населения.

проявляется в повышении профессионального уровня врачей, оснащении новым современным оборудованием, применении высокоэффективных лекарственных средств, снижении госпитальной летальности при инфаркте миокарда как основной причины смертности и инвалидизации населения. Наряду с этим сохраняют важное значение меры по снижению смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы. К первоочередным относятся:

- усиление мероприятий по первичной профилактике и пропаганде здорового образа жизни;
- проведение постоянной информационной работы с населением о симптомах сердечно-сосудистых заболеваний и мерах по оказанию первой помощи при них;
- улучшение работы по вторичной профилактике ИБС на уровне поликлиники (для этого врач-кардиолог должен быть в каждом ЛПУ);
- совершенствование статистической отчетности.





Российская неделя здравоохранения



# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

## 5-9 декабря 2011

Центральный выставочный комплекс  
«Экспоцентр»,  
Москва, Россия

[www.zdravo-expo.ru](http://www.zdravo-expo.ru) [www.zdravo-expo.ru](http://www.zdravo-expo.ru) [www.zdravo-expo.ru](http://www.zdravo-expo.ru) [www.zdravo-expo.ru](http://www.zdravo-expo.ru) [www.zdravo-expo.ru](http://www.zdravo-expo.ru)

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Выставка проводится под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

# Surgeon

## Кардиохирургия детского возраста сколь трудна, столь и ответственна

**Леонид МИРОЛЮБОВ,**

заведующий кафедрой детской хирургии  
Казанского государственного медицинского  
университета, доктор медицинских наук,  
профессор, лауреат премии «Призвание»



**К**ардиохирургия детей раннего возраста по праву считается наиболее сложным разделом медицины, где, в отличие от болезней сердца взрослых, наблюдается в десятки раз больше диагнозов и их разновидностей. Диагноз - формула болезни, и его грамотное, логическое построение определяет тактику и стратегию лечения. Содержащий в своей структуре стадию заболевания, диагноз определяет сроки проведения хирургического вмешательства.

Практикующие хирурги самых разных направлений выделяют экстренные, срочные и плановые вмешательства. Кроме того, имеют место этапные и паллиативные хирургические операции при невозможности проведения одномоментных радикальных. Все эти проблемы присущи детской кардиохирургии. Дополнительные сложности в лечении маленьких

пациентов появляются в зависимости от их анатомо-физиологических особенностей, которые особенно выражены на первом году жизни и максимально - в периоде новорожденности. Поэтому при определении оптимальных сроков операции мы на одну чашу весов кладем вред, наносимый пороком сердца организму, а на другую - риск вмешательства, находящийся в обратной зависимости от возраста и веса ребенка.

Официально кардиохирургия в нашей стране началась в 1948 году с операции перевязки открытого артериального протока, которую провел Александр Николаевич Бакулев. Первое поколение кардиохирургов, к которым относятся также Александр Александрович Вишневский, Борис Васильевич Петровский, Владимир Иванович Бураковский, Виталий Алексеевич Бухарин (Москва), Владимир Иванович Колесов, Федор Григорьевич Углов и Петр Николаевич Куприянов (Петербург), Евгений Николаевич Мешалкин (Новосибирск), Николай Михайлович Амосов (Киев), Борис Алексеевич Королев (Нижний Новгород), Бредикис Юзос Ю. (Каунас) и многие другие,

взявшее на себя тяжелейший труд и величайший груз ответственности за развитие сердечной хирургии, единодушно отмечало особую сложность лечения врожденной патологии сердца. Своим трудом они заложили и построили фундамент знаний, на котором выросли их ученики, те, кому пришлось и приходится решать уже другие, возможно, менее сложные задачи.

Эффективное развитие кардиохирургии немыслимо без развития анестезиологии и реаниматологии, а также искусственного кровообращения. Аппарат искусственного кровообращения представлен многочисленными трубками, фильтрами, отсосами, оксигенатором - легкими, роликовым насосом, сердцем. По образному выражению академика Е.Н. Мешалкина, искусственное кровообращение - это «гуморальный дебош». Действительно, в процессе прохождения крови по трубкам и мембранам бьются эритроциты, лейкоциты и тромбоциты, полимеризуются и выпадают в осадок белки, в частности, фибрин, смещается соотношение жидкой и клеточной частей крови (гематокрит), страдает микро-



циркуляция по всему организму. Свертывающую систему крови нейтрализуют, а затем восстанавливают. К этому добавляются кардиодепрессивное действие многих анестетиков, применяемых для наркоза; особенности вентиляции легких с учетом вмешательства на сердечно-легочном комплексе с обязательным изменением легочного кровотока; общее охлаждение организма как дополнительная мера защиты от гипоксии; остановка сердца для проведения основного этапа операции; хирургическая травма сердца - разрезы и швы; возможность проникновения воздуха в сосуды с последующей эмболией сосудов мозга или других органов. Все эти причины обуславливают появление таких осложнений, как сердечно-легочная недостаточность, аритмия, почечная и печеночная недостаточность, мозговые осложнения, тромбозы и эмболии, гипокоагуляционные и хирургические кровотечения. Сюда добавляется основная проблема для всех хирургов - гнойно-

первые месяцы их жизни сохраняется высокая скорость реализации генетической программы, быстро развиваются все органы и системы. В быстро растущем сердце могут возобновляться устраненные пороки развития (дефекты перегородок, сужение крупных сосудов и т.п.). Поэтому некоторые хирурги рекомендуют называть их рецидивом болезни, а не осложнением. На сегодняшний день дискуссия не завершена, и, на наш взгляд, имеет место и то, и другое.

На Западе используют классификацию типов послеоперационных состояний после коррекции врожденных пороков сердца на основе вероятности, что пациенту в дальнейшем потребуются последующее хирургическое вмешательство. Данную классификацию весьма полезно использовать в практике педиатру и детскому кардиологу, чтобы прогнозировать вероятность появления у прооперированного пациента отклонений и спланировать дальнейшее наблюдение.

легочный анастомоз, а затем протезирование легочного ствола при атрезии легочной артерии. При критическом аортальном или легочном стенозе первым этапом выполняют баллонное расширение стеноза. В дальнейшем у части этих больных требуется замена клапана. Применение протезных материалов вследствие соматического роста ребенка и дегенерации протеза у данной категории больных потребует повторной операции по замене протеза новым большего размера.

4. Гемодинамическая коррекция (операции Senning и Mustard по поводу транспозиции магистральных артерий (ТМА), операции Fontan у пациентов с единым желудочком) устраняет нарушения сердечно-сосудистой физиологии, но не устраняет морфологических и анатомических нарушений. У таких пациентов часто развиваются поздние осложнения: нарушения ритма сердца, перегрузки желудочков сердца, застойная хроническая сердечная недостаточность, требующие хирургического



воспалительные осложнения, которые в детской кардиохирургии протекают в условиях пониженного иммунитета или полного его отсутствия. Приблизительно так выглядят опасности и возможные осложнения, мимо которых с помощью врачей и сестер должен «проскочить» больной ребенок.

После выписки из стационара на 7 - 9 день ребенок должен наблюдаться участковым педиатром, детским кардиологом и, при необходимости, детским хирургом. Ежегодный прирост в нашей республике прооперированных больных открытым способом, т.е. на операционном столе, составляет около 400, и еще около 200 пациентов оперируются эндоваскулярным способом в условиях рентгеноперационной.

Осложнения отдаленного послеоперационного периода чаще встречаются после коррекции сложных пороков, и динамическое наблюдение за оперированным больным позволяет вовремя заметить их. Особенно это касается больных, оперированных на первом году жизни. В самые

1. Истинная полная коррекция приводит к восстановлению нормальной сердечной анатомии и функции при вторичных дефектах межпредсердной перегородки (ДМПП), дефектах межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытом артериальном протоке (ОАП), коарктации аорты (КоА). Большинство детей ведут нормальную жизнь без повторного хирургического вмешательства.

2. Анатомическая коррекция с остаточными явлениями может быть проведена у пациентов с тетрадой Фалло (ТФ), дефектами атриовентрикулярной перегородки (АВК) и клапанными обструкциями, устраняемыми путем вальвулотомии или пластики клапана. У таких пациентов исчезают симптомы, улучшается самочувствие, но могут сохраняться остаточные дефекты, недостаточность клапана или аритмии, которые в дальнейшем могут потребовать медикаментозного или хирургического вмешательства.

3. Некоторые пороки синего типа требуют этапной хирургической коррекции: это системно-

или консервативного вмешательства. В этой группе сосредоточены потенциальные кандидаты на пересадку сердца.

Число пациентов, у которых была проведена хирургическая коррекция врожденных пороков сердца, неуклонно растет. В результате этого участковый педиатр будет вынужден принимать на себя ведение данной сложной группы пациентов. Педиатр, а также родители должны быть в курсе всех остающихся нарушений, потенциальных рецидивов и осложнений, которые могут развиваться после операции, чтобы вовремя направить пациента к специалисту.

Таким образом, в настоящее время хирургическое лечение врожденных пороков сердца представляет собой достаточно отлаженный механизм, требующий внимания и постепенного совершенствования соответственно появлению новых технологий, которые в последнее десятилетие носят чисто технический характер.

# Emergency

## В оказании медицинской помощи главное - своевременность

**Айдар ФАТЫХОВ,**  
главный врач  
МУЗ «Станция скорой  
медицинской помощи  
г. Казани»

**Марина ЕГОРОВА,**  
заведующая  
специализированным  
отделением  
МУЗ «ССМП г. Казани»

**Ольга КУЗНЕЦОВА,**  
заведующая  
педиатрическим  
отделением  
МУЗ «ССМП г. Казани»

**Первое место среди причин смертности в России занимают болезни системы кровообращения. Инфаркты миокарда и мозговые инсульты являются основными факторами, влияющими и на показатель догоспитальной летальности. Применение высокотехнологичных методов лечения позволяет значительно снизить печальную статистику, но эффект от их использования в значительной степени зависит от ответственного отношения людей к своему здоровью.**

### предупрежден, значит вооружен

Важнейшим фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, снижающим среднюю продолжительность жизни, сегодня является артериальная гипертензия. Медицинские службы Казани делают все возможное для лечения этой болезни, большое внимание уделяют профилактике. Это помогает увеличить осведомленность людей о наличии у них артериальной гипертензии и необходимости постоянного контроля уровня артериального давления, а также проведения адекватного лечения.

Вместе с тем, значительная часть населения по-прежнему легкомысленно относится к своему здоровью, пренебрегая рекомендациями врачей и становясь потенциальными пациентами больницы скорой медицинской помощи.

### СТАТИСТИКА - УПРЯМАЯ ВЕЩЬ

Ежедневно станцией скорой медицинской помощи Казани обслуживается около 11 пациентов с инфарктом миокарда и 25 - с острым нарушением мозгового кровообращения. При этом положительной тенденцией является снижение за год абсолютного числа больных с инфарктом миокарда, обратившихся за помощью. В течение трех

лет, начиная с 2008 года, этот показатель снизился с 4849 до 4505 человек. Уменьшилось и число больных с повторным инфарктом миокарда - с 839 в 2008 году до 758 в 2010-м, что можно объяснить внедрением в таких специализированных клиниках, как МКДЦ, РКБ-2 и др., высокотехнологичных методов лечения. Вместе с тем, абсолютное число развития инсультов растет: с 8472 человек в 2008 году до 9308 в 2010-м.

Не может не вызывать тревогу и тот факт, что население при ухудшении самочувствия стало позднее обращаться за помощью. Так, доля пациентов, обратившихся на станцию скорой медицинской помощи в интервале до шести часов от начала болевого приступа при остром коронарном синдроме и инфарктах миокарда, снизилась с 49,3% в 2008 году до 46,4% в 2010-м. Соответственно, доля обратившихся позднее 12 часов за три года выросла с 5,4 до 5,8%, свыше 24 часов - с 34,6 до 35,6%.

Поздняя обращаемость приводит к необратимым изменениям в миокарде, что ухудшает исход заболевания и вызывает осложнения: постинфарктный кардиосклероз, хроническую сердечную недостаточность, аневризмы аорты, левого желудочка, нарушение ритма и проводимости и др.



Похожая ситуация сложилась и с инсультными больными. Доля пациентов, обратившихся за медицинской помощью до трех часов от начала заболевания, снизилась с 38,7% в 2008 году до 32,1% в 2010-м, от 3 до 6 часов - с 9,6 до 9,3%. В большинстве случаев это привело к глубокой инвалидизации со стойким поражением головного мозга.

### ГЛАВНОЕ – ПОПАСТЬ В «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО»

Обращаемость больных в период так называемого терапевтического окна обеспечивает возможность доставки больных с инфарктами миокарда и инсультами в сосудистые центры для оказания высокотехнологической помощи:

- проведения ранней достоверной диагностики заболевания, что позволяет сократить сроки начала дифференциальной терапии;

- своевременного определения показаний для выполнения, при необходимости, оперативного лечения или тромболизисной терапии.

Нужно признать, что, несмотря на обеспечение преемственности между скорой медицинской помощью, амбулаторно-поликлинической сетью, стационарами, разъяснительную работу медиков поликлиник, выступления главных специалистов МЗ РТ о симптомах сердечно-сосудистых катастроф, санитарная грамотность населения все еще остается на недостаточном уровне. Поэтому проведение мероприятий, направленных на повышение знаний населения о первых симптомах острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта, для медицинских работников по-прежнему остается важнейшей задачей. Решив ее, мы сможем добиться заметного снижения уровня летальности и инвалидизации, и тем самым улучшить здоровье жителей Казани и других городов.



Выставочный центр «БашЭКСПО»  
Министерство здравоохранения Республики Башкортостан  
ГУП «Медтехника РБ»



## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ

# Медицина

**ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ**

## 4 - 6 октября

г. Уфа, ДК «НЕФТЯНИК»  
ул. Ленина, 50



тел.: (347) 256-51-80, 256-51-86  
e-mail: [medicine@bashexpo.ru](mailto:medicine@bashexpo.ru)  
[www.bashexpo.ru](http://www.bashexpo.ru)





# Вылечить сердечную аритмию можно

**Юрий ТЕРЕГУЛОВ,**

руководитель Республиканского центра диагностики и лечения нарушений ритма сердца ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», заведующий отделением функциональной диагностики, доцент кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»



**Н**арушения ритма и проводимости сердца в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест. Они могут проявляться и как самостоятельные нозологические формы, и как осложнения при многих заболеваниях. При проведении скрининга методом холтеровского мониторирования различные клинически значимые аритмии регистрируются у 25% обследованных, многие из которых никогда не жаловались на боли в сердце или на сердцебиение. Ежегодно аритмии становятся причинами внезапной сердечной смерти (ВСС) примерно у 200 тыс. россиян. Около 40% ВСС не засвидетельствованы или происходят во сне, а 80% возникают дома. Аритмии способствуют развитию застойной сердечной не-

достаточности, прогрессированию ишемической болезни сердца, развитию тромбоэмболических осложнений, в том числе мозгового инсульта, инфаркта миокарда.

Аритмология - новое, бурно развивающееся направление в медицине, задачей которого являются лечение жизнеугрожающих нарушений ритма сердца и профилактика внезапной сердечной смерти. Аритмология как самостоятельное направление возникла в конце 80-х - начале 90-х годов прошлого столетия, когда в клиническую практику буквально ворвалась радиочастотная абляция дополнительных путей проведения и очагов тахикардий. Именно тогда кардинально изменилась ситуация в лечении пароксизмальных тахикардий, когда ритм сердца внезапно достигает 200 - 250 в минуту, и больной реально находится под угрозой смерти. Радиочастотная абляция (РЧА) позволила полностью излечивать пациентов с дополнительными проводящими путями проведения (синдром WPW), трепетанием предсердий,

предсердными и узловыми тахикардиями, некоторыми типами желудочковых тахикардий. С каждым годом область аритмий, которые лечатся с помощью РЧА, расширяется. Уже сегодня широко обсуждается вопрос о тактике лечения самого распространенного нарушения ритма сердца - мерцательной аритмии. Должна ли она подвергаться РЧА на первом этапе либо после медикаментозной терапии?

**Сегодня аритмология в мире развивается по следующим направлениям:**

- лечение антиаритмическими препаратами;
- радикальное лечение тахикартий катетерными способами - радиочастотная абляция, криоабляция;
- лечение брадиаритмий - имплантация электрокардиостимуляторов;
- лечение тяжелой сердечной недостаточности у больных с внутрисердечными блокадами проведения импульса;
- профилактика внезапной сердечной смерти - имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов.



Республика Татарстан признана одним из пионеров развития аритмологической службы в России. Уже в 1993 году приказом МЗ РТ №757 от 5 июля организован Республиканский центр диагностики и лечения нарушений ритма сердца. Основной его задачей на первом этапе было внедрение новых, высокоэффективных методов диагностики и радикального лечения жизнеугрожающих аритмий сердца: РЧА, имплантации электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД), ресинхронизирующих устройств. Эта задача полностью решена. Сегодня в РКБ МЗ РТ проводится большинство интервенционных вмешательств и операций при аритмиях.

Целью деятельности системы здравоохранения являются снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и повышение качества жизни. В связи с этим мы считаем, что приоритетными задачами аритмологической службы РТ на сегодняшний день являются:

и Альметьевске. На рис. 1 представлена структура аритмологической службы РТ. Центральный регион РТ включает Казань и 23 района с населением 1,9 млн человек, он обслуживается Республиканским аритмологическим центром на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Больным северо-восточного региона, включая 11 районов и Набережные Челны с населением 1,2 млн человек, аритмологическая помощь оказывается в БСМП г. Набережные Челны. Юго-восточный регион, куда входят девять районов с населением в 600 тыс. человек, закреплен за медсанчастью ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ АРИТМИЯМИ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

ВСС - это смерть, наступившая внезапно в течение часа от появления острых клини-

ческих симптомов. На рис. 1 представлена структура аритмологической службы РТ. Центральный регион РТ включает Казань и 23 района с населением 1,9 млн человек, он обслуживается Республиканским аритмологическим центром на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Больным северо-восточного региона, включая 11 районов и Набережные Челны с населением 1,2 млн человек, аритмологическая помощь оказывается в БСМП г. Набережные Челны. Юго-восточный регион, куда входят девять районов с населением в 600 тыс. человек, закреплен за медсанчастью ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска.

## 3. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Мероприятия, направленные на предупреждение развития ВСС, подразделяются на первичные и вторичные. Вторичной называют внезапную остановку кровообращения, в случае, если пациент был реанимирован либо имел эпизод жизнеугрожающей аритмии, сопровождающийся коллапсом. К первичным относят случаи внезапной остановки кровообращения и ВСС, когда подобные случаи ранее не наблюдались.

**Аритмологическая служба в Республике Татарстан**

**Население – 3,7 млн  
43 района  
Наибольшая отдаленность от Казани – 380 км**



## 1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И СВОЕВРЕМЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ АРИТМИЯМИ СЕРДЦА

Учитывая мировые и российские данные по распространенности аритмий сердца, можно предполагать, что в Татарстане проживают не менее 40 тыс. пациентов с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца. Им ежегодно необходимо проводить не менее 1200 имплантаций электрокардиостимуляторов (из расчета 350 на 1 млн населения), 600 РЧА, 100 имплантаций ИКД, 100 ресинхронизирующих устройств. Для выполнения этих объемов необходимо иметь 3 - 4 высокотехнологичных центра с полным оснащением и подготовленными специалистами. В 2010 - 2011 годах проведена большая работа по организации и оснащению региональных аритмологических центров в Набережных Челнах

и Альметьевске. По своему определению эта смерть, не предсказанная ни пациентом, ни врачом. В то же время многие пациенты, реанимированные после внезапной остановки кровообращения, рассказывают о предшествующих за грудиных болях, приступах одышки, резкой слабости, сердцебиениях и других симптомах, которые появились за часы, дни до развития этого состояния. То есть в большинстве случаев имеются объективные предвестники этого состояния. Задача - выявить их. Для этого необходимо повысить уровень информированности населения и проведения скрининга пациентов по холтеровскому (суточному) мониторингу ЭКГ с организацией холтеровских центров. При этом регистраторы холтеровских мониторов устанавливаются пациенту в ЛПУ районов РТ, затем в электронном виде данные с регистраторов передаются в холтеровский центр, где они обрабатывают-

Совершенно ясно, чтобы снизить ВСС, необходимо проводить первичную профилактику - имплантировать кардиовертеры-дефибрилляторы пациентам, имеющим высокий риск, но не переносившим ВСС. Это, прежде всего, пациенты после инфаркта миокарда с низкой фракцией выброса и имеющие желудочковую экстрасистолию высоких градаций. Поэтому в мире ежегодно увеличивается количество имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов для первичной профилактики ВСС. По данным Американской ассоциации сердца, к 2020 году количество имплантаций ИКД и ЭКС будет примерно одинаковым. В настоящее время в Республике Татарстан есть необходимость в первичной профилактике ВСС. По нашему мнению, количество имплантаций кардиовертеров-дефибрилляторов должно составить не менее 100 в год.

#### 4. ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Развитие аритмологии приводит к стремительному увеличению числа пациентов с имплантированными устройствами. В настоящее время в РТ проживают более 3500 пациентов с электрокардиостимуляторами, 29 - с кардиовертерами-дефибрилляторами и 45 - с ресинхронизирующими устройствами. Для обеспечения адекватного лечения больных с имплантированными устройствами в настоящее время крайне актуальной является организация системы амбулаторного наблюдения и ведения этой группы пациентов. Функция динамического наблюдения за больными с имплантированными устройствами возлагается на аритмологические центры РТ и осуществляется по территориальному принципу.

автоматическом режиме без участия пациента отслеживаются работа имплантированных устройств и состояние больного. При выявлении жизнеугрожающих состояний система экстренно передает эти данные в виде SMS непосредственно лечащему врачу. В плановом режиме система позволяет создавать архив ежедневных наблюдений за пациентом.

#### 5. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ

Аритмология как самостоятельная область медицины утвердилась де-факто, де-юре в номенклатуре специальностей врача-аритмолога в настоящее время нет. В этой работе участвуют разные специалисты: кардиологи, рентгенохирурги, врачи функциональной диагностики, анестезиологи-реаниматологи. Каждый из них играет свою роль, но все они должны иметь общее единое понимание проблемы, работать как единая команда. Кардиолог от-

ванные врачебные бригады, состоящие из рентгенохирургов, функциональных диагностов (электрофизиологов) и анестезиологов-реаниматологов.

Обучение на курсе проходит в три этапа. На первом специалисты обучаются по циклу тематического усовершенствования «Аритмология с основами электрофизиологии и электротерапии» (144 ч.). На втором этапе по циклу тематического усовершенствования «Интервенционная аритмология» проводятся лекционный курс и работа на симуляторах по программированию имплантируемых устройств и проведению трансатриальных абляций. На третьем этапе организована работа курсантов непосредственно в операционных под контролем опытных специалистов в области интервенционной аритмологии. После каждого этапа проводится тестовый



Разработаны программа и протокол динамического наблюдения за больными с электрокардиостимуляторами, кардиовертерами-дефибрилляторами, ресинхронизирующими устройствами. Они предполагают осмотр врача кардиолога-аритмолога в определенные сроки после проведения имплантации, подбор оптимального режима стимуляции и медикаментозной терапии.

В настоящее время в мире стали широко использоваться телеметрические возможности имплантированных устройств, что позволяет осуществлять дистанционный амбулаторный мониторинг (Home monitoring) как за состоянием пациента (отслеживание жизнеугрожающих аритмий, признаков нарастания сердечной недостаточности), так и за работой самих имплантированных устройств. При наличии функции Home monitoring круглосуточно в

бирает больных на интервенционные методы лечения и динамическое наблюдение после проведенных операций, рентгенохирург выполняет саму процедуру радиочастотной абляции, врач функциональной диагностики-электрофизиолог обеспечивает навигацию на очаг тахикардии, анестезиолог-реаниматолог - проведение наркоза и лечение угрожающих жизни состояний в операционной и в условиях реанимации.

В 2010 году на кафедре госпитальной терапии КГМУ на базе Казанского «Образовательного центра высоких медицинских технологий» и при поддержке Минздрава РТ разработан курс подготовки специалистов в области аритмологии. Уникальность курса в том, что для интервенционного лечения аритмий он одновременно готовит врачей кардиологов-аритмологов и специализиро-

контроль знаний и практических навыков по специально разработанной методике.

Уникальность нового курса также в том, что для его организации впервые в российской практике объединили усилия компаний, занимающих лидирующие позиции на рынке производства медицинского оборудования и инструментария, а также ведущих научных медицинских центров.

Задача по развитию аритмологической службы в Татарстане решается комплексно: создаются аритмологические центры, ЛПУ целенаправленно оснащаются необходимым оборудованием, обеспечивается постоянное обучение кадров. Есть все условия для того, чтобы развитие аритмологической службы в РТ позитивно влияло на продолжительность и качество жизни людей, способствовало улучшению демографических показателей.





  
**SHIFA**<sup>SU</sup>

**В каждой капле — жизнь!**

**ЗАКАЗ ПО ТЕЛЕФОНАМ:**

г. Казань:  
(843) 557 55 05

г. Лениногорск:  
(85595) 24 184  
(85595) 24 277

г. Альметьевск:  
(8553) 35 15 11  
(8553) 37 19 58



**Спонсор программы «Чистая вода – в каждой семье!»**

 **TATNEFT**

# Surge

## В БСМП автограда начались плановые операции на сердце



**Проведя в недавно  
модернизированной  
больнице скорой  
медицинской помощи  
г. Набережные Челны  
первую операцию  
по аортокоронарному  
шунтированию, академик  
РАМН, профессор,  
руководитель отдела  
сердечно-сосудистой  
хирургии Кардиологического  
научно-производственного  
комплекса МЗ РФ  
Ренат Акчури  
положил  
начало оказанию такого  
высокотехнологичного  
вида медицинской помощи  
жителям северо-восточного  
региона Татарстана.**

До настоящего времени операции АКШ в Татарстане выполнялись в Межрегиональном клинко-диагностическом центре и медсанчасти ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска. В 2010 году в республике было сделано 700 операций АКШ. Проведение их и в Автограде повысит доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи по профилю сердечно-сосудистой хирургии. Это стало возможным благодаря своевременно принятой стратегии развития системы здравоохранения республики, согласно которой БСМП г. Набережные Челны стала Закамским центром высокотехнологичной медицины, к которому прикреплено население близлежащих 11 районов.

Группа кардиохирургов из Москвы под руководством Рената Акчурина планировала провести три операции аортокоронарного шунтирования, но, изучив истории болезни пациентов, решила провести и четвертую. Операции прошли удачно. Все прооперированные - мужчины старше 65 лет, каждый из них работает. Через семь - десять дней пациенты были выписаны из больницы для прохождения дальнейшего курса реабилитации в местном

санатории. После мастер-класса академика отделение кардиохирургии БСМП начало проводить плановые операции на сердце, которых в 2012 году предстоит сделать не менее 150. Целевыми показателями работы отделения станет выполнение не менее 500 операций на сердце в год пациентам со всего северо-восточного региона РТ.

Как известно, Ренат Акчури был одним из инициаторов развития высокотехнологичной медицинской помощи в нашей стране. Еще в 1996 году после удачно проведенной Борисом Ельциным операции по аортокоронарному шунтированию Акчури представил первому Президенту России программу «Медицина высоких технологий». Она предусматривала создание высокоспециализированных, полностью оснащенных центров во всех субъектах Российской Федерации, чтобы их жителям не надо было бы выезжать за помощью в столицу. К сожалению, программа тогда не пошла, но сегодня уже признано, что этот путь развития - единственно верный.

Как отметил Ренат Акчури на пресс-конференции в Набережных Челнах, основная



проблема на пути развития высоких технологий в медицине состоит в том, что «раздобыть 200 - 240 тысяч рублей на операцию практически невозможно для малоимущих. Поэтому государство, взявшись за высокотехнологичную медицину, должно лечить больных за счет квот или других источников». На пересадку сердца государство выделяет около одного миллиона рублей. Установка кардиовертера-дефибриллятора (электронного устройства, которое вживляется под кожу и корректирует ритм сердца) стоит порядка 40 тысяч долларов. В целом Акчурин оценивает действия Министерства здравоохранения и социального развития РФ «исключительно положительно, несмотря на ту полемику, которую раскручивают между чиновниками».

Ренат Акчурин всегда подчеркивал, что медицина в целом в России должна оставаться государственной, и в Набережных Челнах ему



**Высокие медицинские технологии в кардиохирургии находят все более широкое распространение в Республике Татарстан, а это значит, что все большее число пациентов получает шанс избавиться от тяжелого недуга, улучшить качество жизни.**

еще раз представилась возможность выразить свое отношение к этому вопросу. Татарстан, который в вопросах кардиохирургии уже опережает многие регионы страны, теперь за ориентир принимает успехи американской медицины. Отставание здесь значительное, в частности, средняя продолжительность жизни в РТ - 71 год, а в США - 85 лет. На что Акчурин заметил, что «в США порядка 30 - 35 миллионов населения в статистике не учитывается, потому что у них нет медицинской страховки, это совершенно неимущие люди, а по сути - бомжи. У нас такой ситуации нет».

Вообще, по мнению руководителя госпрограммы развития медицины высоких технологий Рената Акчурина, отставание России в медицине не так велико, как пропагандируется. И на замечание известного американского кардиохирурга Дебейки, что Россия отстает от Запада на 100 лет, Акчурин недавно ответил, что при достаточном финансировании за 10 - 15 лет мы сможем достичь уровня любой западной медицины. У себя в центре он делает практически все операции, что умеют за рубежом. А в отношении БСМП отметил, что

«уровень обследования в Набережных Челнах ничем не отличается от уровня обследования в Москве».

О работе кардиохирурга Ренат Акчурин рассказывает просто: «У людей сложилось впечатление о сердечно-сосудистой хирургии как о некоем драматическом действии. Но это впечатление ошибочное. Хирурги также спокойно проводят многочасовые операции, как пилоты самолетов, которые по 10 - 12 часов находятся за штурвалом, или водители междугородних автобусов. Подготовка нивелирует тот самый драматизм, который вам представляется очень сложным».

Несмотря на скромность академика, в глазах присутствующих его заявление ничуть не уменьшило романтизма профессии врача и ее значения для населения. Что и подтвердило Благодарственное письмо Ренату Акчуруну Президента Республики Татарстан Рустама Минниханова: «Значение таких операций невозможно переоценить. Это не только реальная помощь конкретным людям, здоровье и жизни которых бесценны, но и величайшая школа для коллег из Татарстана. То, чего до-



стигли вы, больше, чем просто профессиональное мастерство. Это, скорее, высокое искусство в профессии и великое счастье для наших врачей благодаря вам к нему приобрести. Вашими усилиями высокие медицинские технологии в кардиохирургии находят все более широкое распространение в Татарстане, а это значит, что все большее число пациентов получает шанс избавиться от тяжелого недуга, улучшить качество жизни».

## Emergency

# Высокотехнологичная медицинская помощь по мировым стандартам

**Резида КАРИМОВА,**  
заместитель  
главного врача  
БСМП г. Набережные Челны

**Наиля СТАНИЧЕНКО,**  
заведующая  
отделением кардиологии  
БСМП г. Набережные Челны

**Шамиль МУСИН,**  
заведующий  
сосудистым центром.  
БСМП г. Набережные Челны

**Еще совсем недавно оказание эффективной экстренной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях на северо-востоке нашей республики было делом весьма сложным, проблематичным и, прежде всего, в силу слабой материально-технической базы медицинских учреждений, дефицита не только современного диагностического оборудования, но и специалистов, высококвалифицированных кардиологов.**

Дело усугублялось тем, что Набережные Челны, некогда молодежный город, в течение 40 лет старели, а жителей неизбежно настигли типичные для мегаполисов болезни. Количество сосудистых катастроф (инфарктов миокарда и нарушений мозгового кровообращения - инсультов) непрерывно возрастало. В 2009 году было зарегистрировано три тысячи случаев инфаркта миокарда и 3500 острого нарушения мозгового кровообращения.

На тот период времени медицинские работники использовали всевозможные методы лечения, но результаты не радовали. Хотя мировая практика уже демонстрировала успехи в лечении инфарктов и инсультов с использованием современных, высокотехнологичных методов профилактики, лечения и реабилитации больных. Принятое руководством Республики Татарстан решение о реконструкции Больницы скорой медицинской помощи города Набережные Челны коренным образом изменило ситуацию в этом регионе. Благодаря масштабным государственным инвестициям (более двух млрд руб.) в 2009 - 2010 годах была произведена масштабная реконструкция БСМП с организацией на ее базе Межмуниципального центра высоких медицинских технологий. Из морально и физически устаревшей она превратилась в современный медицинский центр, по оснащенности, комфорту для пациентов и качеству

медицинской помощи не уступающий лучшим западным клиникам.

Диагностическая база БСМП оснащена 64-срезовым и 16-срезовым компьютерными томографами, магниторезонансным томографом, моноплановым и биплановым ангиографами, телеуправляемой рентгеновской установкой, аппаратами ультразвуковой диагностики, лабораторными анализаторами для выполнения экстренных исследований. Гибридные, кардиохирургические, аритмологические операционные получили на вооружение новейшее диагностическое и другое оборудование. В результате модернизации приобретено более 1000 единиц самого современного оборудования. Был соблюден принцип комплексности оснащения под конкретные задачи. Сегодня БСМП по степени оснащенности - одна из лучших в Российской Федерации.

В ходе модернизации большое значение уделялось и подготовке кадров. 93 врача прошли обучение в ведущих учреждениях страны. Благодаря поддержке президента республики 26 человек прошли стажировку в университетской клинике г. Йены в Германии. Как сказал министр здравоохранения Айрат Фаррахов, «мы не должны финансировать те больницы, которые не могут снизить смертность, резко изменить качество жизни. Мы решили, что важнее вкладываться в те технологии, которые реально спасают жизни людей. И создание кардиоло-



гического кластера на северо-востоке республики - в русле этой идеи».

В БСМП изменилась и структура коечного фонда. В нее из других медучреждений были переведены ответственные за реализацию задач, поставленных перед больницей, отделения кардиологии, сосудистой хирургии, неврологии для пациентов с инсультом. Созданы кардиореанимационное и рентгенангиохирургическое отделения. Всего с 2010 года для кардиологических больных развернуто 130 коек, 12 коек кардиореанимации, создан сосудистый центр лечения больных с инсультами на 45 коек, из которых девять для нейрореанимации. У жителей 11 районов северо-восточного региона республики появилась уникальная возможность получить медицинскую помощь при инфарктах и инсультах по мировым стандартам в любое время суток.

Создание на базе БСМП (впервые в регионе) рентгенэндохирургического отделения сделало возможным проведение в стационаре коронарографии, селективного тромболизиса при инфаркте миокарда и тромбоэмболии ветвей легочной артерии; внедрение инвазивных методов лечения инфарктов миокарда. Применяются также баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий в экстренном и плановом порядке. За восемь месяцев этого года 462 больным была проведена коронароангиография и 120 - стентирование коронарных артерий, из них

недели ими выполнено семь таких операций с благополучным исходом. Осмотрев реконструированную больницу, Ренат Акчуринов с удовлетворением заметил, что в Автограде все делается с размахом - сначала строили «КАМАЗ», сегодня развивают высокотехнологичную медицину. «Вы можете гордиться этим учреждением», - сказал академик.

Чтобы эффективно оказывать высокотехнологичную помощь для спасения жизни больных с тяжелыми инфарктами миокарда, налажено тесное сотрудничество с городской Станцией скорой медицинской помощи. Благодаря разработанному единому алгоритму тактики врачей скорой помощи и БСМП больным с момента выявления инфаркта проводится тромболизис на догоспитальном этапе. Известно, что ранний тромболизис, проведенный в первые три - четыре часа с момента появления болевых симптомов, в 40% случаев обрывает течение инфаркта миокарда. В этом году врачи скорой медицинской помощи провели девять тромболизисов до госпитализации больных в больницу, тем самым спасли их от тяжелых последствий инфаркта, а по сути, подарив им вторую жизнь.

Параллельно с реконструкцией БСМП создавались и реконструировались реабилитационные центры г. Набережные Челны, в результате чего появилась возможность соблюдения этапности

1,2 млн человек. В связи с этим на базе БСМП был открыт второй региональный сосудистый центр на 45 коек, к которому прикреплены Мамадышский, Елабужский, Менделеевский и Агрызский районы республики.

В круглосуточном режиме работают нейрохирургическая служба, отделение лучевой диагностики, лаборатория. Внедряются новые технологии: церебральная ангиография, стентирование каротидных артерий, проведение оперативных вмешательств при геморрагическом инсульте с помощью нейронавигационных технологий, о которых еще недавно мы только мечтали.

Уникальной особенностью неврологического сосудистого центра БСМП является то, что здесь оказывается круглосуточная высокотехнологичная медицинская помощь больным с острой сосудистой патологией головного мозга. За короткий период здесь был пролечен 521 больной с инсультом. При ишемическом инсульте с попаданием в 4-часовое «терапевтическое окно» проведено 47 тромболизисов с хорошим эффектом. Сделано десять операций эндартектотомии, при геморрагических инсультах дежурными нейрохирургами проведено 12 оперативных вмешательств.

Больной, поступающий в палату нейрореанимации, сразу получает адекватное, регламентированное международными стандартами лечение.

**Принятое руководством Республики Татарстан решение о реконструкции Больницы скорой медицинской помощи города Набережные Челны коренным образом изменило ситуацию в городе и регионе. Благодаря масштабным государственным инвестициям (более двух млрд руб.) в 2009 - 2010 годах была произведена масштабная реконструкция БСМП с организацией на ее базе Межмуниципального центра высоких медицинских технологий.**

102 больным с инфарктом миокарда в острейший период. Появилась также возможность проводить электрофизиологические обследования больных, страдающих нарушениями ритма и проводимости сердца, устанавливать постоянные и временные электрокардиостимуляторы и контролировать их работу. За полгода было проведено 25 операций по установке электрокардиостимуляторов, проведено семь операций с использованием радиочастотной абляции.

Самым высоким достижением для нашего коллектива является открытие в БСМП кардиохирургического отделения, где пациентам начато проведение операций по коронарному шунтированию. Несмотря на плотный график работы и занятость, научный руководитель ССХ кардиоцентра им. А.Л. Мясникова ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ и СР РФ», член-корреспондент РАМН, кардиохирург Ренат Акчуринов лично провел первые три операции по аортокоронарному шунтированию. Они были успешно освоены челнинскими хирургами, за две

лечения сердечно-сосудистых больных. Работающие пациенты с нестабильными формами стенокардии после перенесенного инфаркта миокарда, операций по аортокоронарному шунтированию, стентированию коронарных артерий, установки электрокардиостимуляторов по окончании срока лечения в БСМП проходят реабилитацию в местных санаториях «Жемчужина», «Набережные Челны», в Региональном центре реабилитации. За короткие сроки БСМП удалось добиться снижения летальности от инфаркта миокарда - с 10,2% в 2010 году до 7,1% за первое полугодие 2011 года.

Эффективным методом борьбы с инсультом признано создание сети сосудистых центров, работающих по единым стандартам и с быстрой транспортировкой больных из ближайших районов. Такие центры были созданы не только в Набережных Челнах, но и в Нижнекамске, Альметьевске. Однако Региональный сосудистый центр на 90 коек на базе городской больницы №5 г. Набережные Челны работал с большой нагрузкой из-за госпитализации пациентов со всего региона с численностью

Специалисты мультидисциплинарной бригады - логопед, психиатр, терапевт, врачи-инструкторы ЛФК - принимают самое непосредственное участие в лечении больного. Врачи-неврологи имеют возможность дистанционно консультировать сложных больных со специалистами ведущих клиник благодаря подключению БСМП к Центральному архиву медицинских изображений. После улучшения состояния работающих пациентов сразу же направляют в Реабилитационный центр г. Набережные Челны. Из 58 работающих пациентов 21 прошел курс лечения. По результатам анкетирования за четвертый квартал 2010 года 94% пациентов были удовлетворены качеством медицинского обслуживания.

Администрация и коллектив БСМП тесно сотрудничают с городскими поликлиниками и центральными районными больницами по координации и преемственности оказания медицинской помощи, высокотехнологичного обследования больных сердечно-сосудистого профиля, так как только совместными усилиями можно победить такие тяжелые болезни, как инфаркт и инсульт.

# Angion

## В борьбе с инсультом важен комплексный подход к стратегии и тактике ее ведения

**Дина ХАСАНОВА,**  
внештатный специалист-ангионевролог  
Министерства здравоохранения РТ,  
доктор медицинских наук,  
заслуженный врач Республики Татарстан,  
профессор



**Инсульт - вторая по частоте причина смертности в группе сердечно-сосудистых заболеваний (в России - первая) и ведущая причина инвалидности во всех странах. Ежегодно в мире регистрируются около 2400 инсультов и 500 транзиторных ишемических атак (ТИА) на один миллион населения.**

В результате перенесенного инсульта инвалидность резко меняет жизнь как самого больного, так и членов его семьи, снижает их трудовой потенциал. В США, например, ежегодный экономический ущерб, связанный с инсультом, оценивается в \$65,5 млрд. В течение последних 40 лет заболеваемость инсультом и смертность от него несколько снизились в странах, где мероприятия по борьбе с острыми сосудистыми событиями проводятся на уровне государственной политики. Но увеличился средний возраст, при котором развивается первый инсульт, что связывают с уменьшением факторов риска этого заболевания. В Великобритании частота инсульта в пожилом возрасте снизилась на 40% в связи с улучшением мер профилактики и снижением факторов риска. В США с 1968 по 1996 год смертность от инсульта снизилась на 60%.

В России заболеваемость инсультом и смертность остаются самыми высокими в мире, что во многом связано с такими факторами риска, как курение и злоупотребление алкоголем. Показатели заболеваемости и смертности среди лиц трудоспособного

возраста в нашей стране за последние 10 лет увеличились более чем на 30%, однако в немалой степени это объясняется совершенствованием системы регистрации. По данным Национального регистра инсульта, 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, в течение года умирает примерно половина заболевших, 31% перенесших инсульт больных нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить, лишь 8% выживших могут вернуться к прежней работе.

Для снижения заболеваемости инсультом и смертности от него в нашей стране с 2008 года реализуется Федеральная программа, которая включает в себя развитие системы первичной профилактики, совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения, внедрение индивидуализированной программы вторичной профилактики.

Основные факторы риска развития инсульта сегодня уже очевидны:

**Возраст.** В странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии средний возраст развития первого инсульта составляет



68,6 года у мужчин и 72,9 года у женщин, а в нашей стране на 5 - 10 лет меньше.

**Пол.** Частота развития инсульта у мужчин в среднем на 33% выше, чем у женщин.

**Курение.** Это одна из причин высокой частоты ишемического инсульта в нашей стране. В США курят примерно 25% взрослого населения. Распространенность курения в Российской Федерации значительно выше, среди женщин курят не менее 15%, среди мужчин - не менее 60%. Поэтому борьба с курением должна проводиться на государственном уровне.

**Злоупотребление алкоголем.** Алкоголизм в России - еще одна социальная причина высокой частоты ишемического инсульта, особенно у мужчин молодого возраста. Регулярное употребление более 70 г чистого этанола в день повышает риск развития инсульта.



**Для снижения заболеваемости инсультом и смертности от него в нашей стране с 2008 года реализуется Федеральная программа, которая включает в себя развитие системы первичной профилактики, совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения, внедрение индивидуализированной программы вторичной профилактики.**

**Избыточный вес и ожирение.** Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что ожирение является фактором, увеличивающим риск развития ишемического инсульта в 8 - 10 раз независимо от других факторов.

**Низкая физическая активность.** Увеличение физической нагрузки, занятия физкультурой снижают риск развития инсульта у людей старческого возраста.

**Артериальная гипертензия (АГ).** Между степенью повышения артериального давления (АД) и риском инсульта установлена прямая связь во всех возрастных группах. Повышение систолического АД на 20 мм рт. ст. или диастолического АД на 10 мм рт. ст. примерно в два раза увеличивает риск смерти от инфаркта миокарда или инсульта. Поэтому своевременное и адекватное лечение АГ является важнейшей составляющей профилактики инсульта.

**Заболевания сердца.** К доказанным кардиогенным факторам риска развития эмболии мозга относят фибрилляцию предсердий (мерцательную аритмию), искусственный клапан сердца, ревматическое поражение клапанов сердца, недавний инфаркт миокарда, внутрисердеч-

ный тромб, внутрисердечное объемное образование (миксома). Фибрилляция предсердий составляет около половины всех случаев кардиальной эмболии, являющейся причиной более 20% ишемических инсультов. Инсульты, связанные с фибрилляцией предсердий, являются наиболее тяжелыми и инвалидизирующими. А профилактика инсультов у пациентов с фибрилляцией предсердий осложняется большой вариабельностью терапии антагонистами витамина К.

На сегодняшний день в нашей стране, по разным источникам, лишь 20 - 30% пациентов с фибрилляцией предсердий получают адекватную антикоагулянтную терапию. Простой и предсказуемый метод лечения - применение перорального антикоагулянта, дабигатрана этексилата. Его использование позволит значительно снизить расходы на лечение и реабилитацию пациентов с кардиоэмболическими инсультами.

**Атеросклероз магистральных артерий.**

Атеросклеротическое поражение аорты, атеросклероз сонных или позвоночных артерий создают основу образования тромбов и раз-

вития более 25% инфарктов мозга. Практически здоровые люди в возрасте старше 65 лет примерно от 5 до 10% имеют стеноз сонных артерий более 50% диаметра и примерно 1% имеют стеноз более 80% диаметра. Частота инсульта у людей с бессимптомным стенозом сонной артерии 1 - 2% в год, что определяет необходимость скринингового ультразвукового исследования сосудов уже со среднего возраста, особенно это касается лиц мужского пола и имеющих другие факторы риска развития сосудистых катастроф.

**Сахарный диабет.** Он стал неинфекционной эпидемией нашего времени и является независимым фактором риска первого и повторного ишемического инсульта. Риск развития инсульта у таких больных повышается в 2 - 6 раз.

**Гиперхолестеринемия.** Она в большей степени повышает риск инфаркта миокарда. Вместе с тем при снижении холестерина ЛПВП у мужчин увеличивается риск развития и ишемического инсульта.

Между многими факторами риска существует взаимное влияние, увеличивающее вероятность развития инсульта. Они определяют

разработку программ по первичной профилактике этого заболевания. Так, в РФ создается система «Центров здоровья», куда любой желающий может прийти и пройти комплексное скрининговое обследование на выявление основных факторов риска сосудистых событий. В Республике Татарстан открыто 14 таких центров. Лица, относящиеся к группе «высокого риска», должны проходить углубленное обследование и последующее диспансерное наблюдение с динамическим контролем показателей. Только изменение менталитета населения и понимание важности профилактики инсульта могут снизить заболеваемость и смертность, уменьшив эту «мировую эпидемию».

Опыт многих стран показывает, что помощь больным инсультом должна оказываться в условиях специализированного отделения. Все пациенты с острым инсультом нуждаются в спе-

«скорую помощь». Концепция «время - мозг» и понятие «терапевтическое окно» означают, что помощь при инсульте должна быть экстренной, с минимизацией задержек при транспортировке.

В Республике Татарстан с 2009 года поэтапно открылись и работают по единой логистике, основанной на международных стандартах, 11 специализированных сосудистых отделений (центров) для лечения больных инсультом. Впереди - открытие еще нескольких центров и совершенствование зонирования территории республики по функционирующим сосудистым центрам неврологии, чтобы все больные с нарушением мозгового кровообращения могли получить высокоспециализированную помощь с максимальной эффективностью.

#### **Основные направления лечения в остром периоде инсульта:**

- специальные методы лечения - тромболитическая терапия и другие методы восстанов-

Основные международные стратегии и цели к 2015 году заключаются в том, чтобы более 85% больных с инсультом выживали в течение одного месяца, а через три месяца более 70% выживших были полностью независимыми в повседневной жизни. Через два года - более 80% выживших в течение одного года должны быть живы и не более чем у 10% больных могут развиваться повторные нарушения мозгового кровообращения.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан, все медучреждения и медицинские работники, связанные с проблемой инсультологии, должны понимать и осознавать важность и реалистичность этих высоких задач всемирного здравоохранения. Комплексный подход к стратегии и тактике борьбы с инсультами позволит приблизиться к решению поставленной цели.



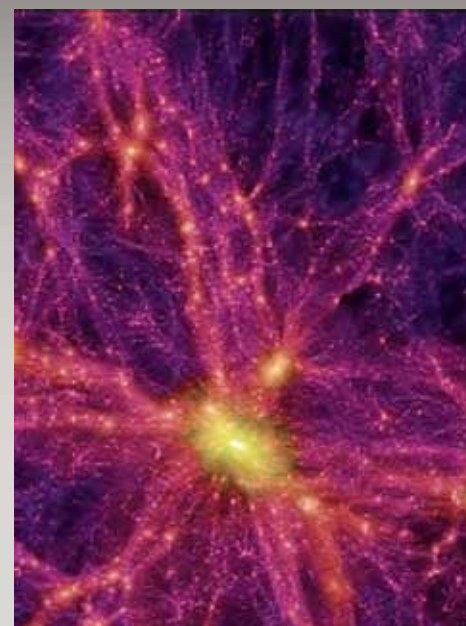
циализированной мультидисциплинарной помощи, а некоторые из них - в дополнительной высокотехнологичной медицинской помощи. Все больные с подозрением на ТИА и инсульт должны быть госпитализированы, и желательно в ЛПУ, имеющие необходимые для постановки диагноза оборудование (компьютерный томограф, аппараты для ультразвуковых методик обследования), лабораторную диагностику, лечебные технологии, включая реабилитационное и медикаментозное обеспечение.

Огромное значение в успешности оказания помощи больным с инсультом имеет временной фактор. В первые 3 - 4 часа патологические изменения могут быть в определенной степени обратимыми. Поэтому при первых же симптомах инсульта - слабость в лице, руке, ноге, нарушение артикуляции или понимание речи, внезапное нарушение зрения, затруднение ходьбы, головокружение, нарушение координации, интенсивная головная боль неизвестной причины - необходимо как можно быстрее вызвать

лечения кровотока при ишемическом инсульте, хирургические методы лечения внутримозговых и субарахноидальных кровоизлияний;

- базисная терапия, обеспечивающая оптимальный уровень функционирования физиологических систем;
- лечение и профилактика сопутствующих неврологических нарушений - отека мозга, острой окклюзионной гидроцефалии;
- декомпрессивная краниотомия при злокачественной полушарной ишемии или обширном инфаркте мозжечка;
- профилактика тромбоэмболии легочной артерии и глубоких вен нижних конечностей;
- реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление утраченных двигательных, речевых и других функций;
- индивидуальная вторичная профилактика.

Четкое следование этой стратегии лечения в специализированных отделениях приводит к снижению риска смертности от инсульта на 20% и инвалидизации - на 30%.





Клинические рекомендации  
и обзоры Goldstein P et al. ,  
Eur J Emerg Med 2009;  
doi: 10.1097/MEJ.0b013e328329794e

# Снижение смертности пациентов с инфарктом миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST: ключевая стратегия лечения на догоспитальном этапе и в отделении интенсивной терапии

**Цель данного обзора - обсудить стратегию, эффективную для быстрой постановки диагноза и начала терапии пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). Основной акцент сделан на пациентах с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI), поскольку данное состояние сопровождается более высокой внутригоспитальной летальностью по сравнению с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (non-STEMI).**

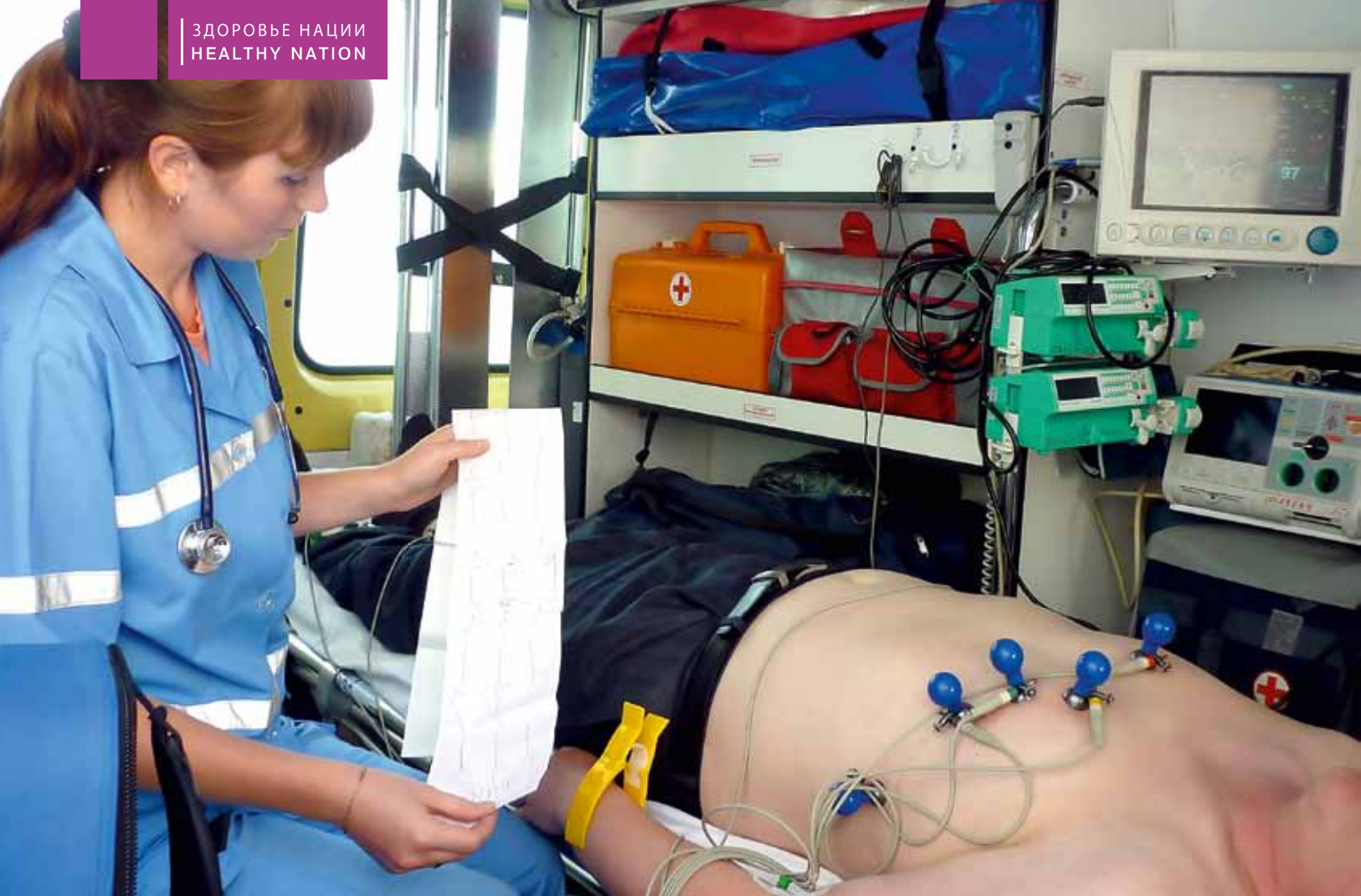
## **СКОРОПОМОЩНАЯ ДИАГНОСТИКА, СОРТИРОВКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Для пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) временной интервал от момента возникновения болей до начала реперфузионной терапии имеет колоссальное влияние на прогноз. Приблизительно 1/3 всех смертей от ОКС происходит до того момента, как пациента доставляют в стационар. Таким образом, современные рекомендации совпадают в подчеркивании значимости скорейше-

го начала реперфузионной терапии либо механическим, либо фармакологическим способом. Отсюда следует, что улучшение догоспитального лечения, возможно, является одним из наиболее эффективных подходов в отношении снижения смертности.

Колоссальное значение быстрого начала терапии пациентов со STEMI означает, что диагностика, сортировка и, при наличии показаний, проведение лечения в машине «скорой помощи» позволяют достичь

наилучших конечных результатов у таких пациентов. Поскольку быстрое начало реперфузионной терапии является ключевым моментом в снижении заболеваемости и смертности пациентов со STEMI, диагностика STEMI до поступления в стационар позволяет направлять их сразу же в кардиоблок, минуя приемное отделение. Ключевым решением в каждом из случаев является выбор между первичной реперфузионной методикой с применением либо тромболизиса, либо ангиопластики. Хотя традиционно считалось, что ангиопластика превосходит по эффективности тромболизис, в настоящее время стало очевидным, что смертность при отсроченной ангиопластике более высокая по сравнению с незамедлительно проводимым тромболизисом. Таким образом, решение в отношении предпочтительного вида реперфузионной стратегии, которое необходимо принять до поступления пациента в стационар,



базируется, в основном, на временном интервале между появлением симптомов и первым медицинским контактом, а также на скорости использования ангиопластики.

Американские и европейские специалисты в настоящее время рекомендуют применение ангиопластики, если она может быть выполнена опытной командой врачей в течение 90 минут после первого медицинского контакта. Если пациенту показан тромболизис, лечение следует начинать как можно скорее. Важность диагностики в машине «скорой помощи» и принятия решения становится наиболее очевидной, поскольку при правильном ведении пациентам, при наличии показаний к тромболизису, реперфузионную терапию необходимо назначать до прибытия в стационар. По сравнению с внутригоспитальным тромболизисом догоспитальное назначение фибринолитиков приводит к меньшему временному интервалу между продолжительностью симптомов и началом реперфузионной терапии, меньшей внутригоспитальной, 1-месячной и 1-годичной смертности у пациентов со STEMI.

#### **СОСТАВ МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»**

Квалификация медицинских работников, осуществляющих первый медицинский контакт с пациентом, может оказать существенное влияние на конечный результат. Успех лечения зависит от состава и уровня подготовки мобильной

бригады «скорой помощи», которая должна быстро поставить диагноз, провести раннюю стратификацию риска, свести к минимуму интервал до начала терапии и назначить агрессивное реперфузионное лечение. Этого можно достичь при помощи обучения парамедиков и их тесном взаимодействии со специалистами кардиоблоков. Присутствие врача в мобильной бригаде сопровождается увеличением времени до начала лечения, а также улучшением приверженности лечению и процедурам, требующимся по протоколу. Кроме того, примерно в 75% европейских стран, в которых в состав догоспитальной бригады входит врач, улучшаются показатели заболеваемости, смертности и конечные точки безопасности.

#### **НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНОЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО STEMI ПРИ ПОМОЩИ ТРОМБОЛИЗИСА**

Если тромболизис является наиболее предпочтительной реперфузионной стратегией для пациентов со STEMI, данный вид лечения должен осуществляться бригадой «скорой помощи» как можно быстрее – либо в машине «скорой помощи», либо на дому, поскольку данная стратегия сопровождается снижением показателей ближайшей и отсроченной смертности.

К числу нежелательных характеристик более ранних тромболитиков относились

чувствительность к ингибитору активатора плазминогена (PAI-1) и низкая специфичность к субстрату, что, как следствие, приводило к лизису как фибрина, так и фибриногена. Однако современные тромболитики, такие как теноктеплаза, являющаяся биоинженерной версией активатора плазминогена человека, алтеплаза, представляющая собой молекулу, в которой данные проблемы были, в основном, разрешены, – тромболитики выбора в настоящее время. В дополнение к низкому риску геморрагических осложнений и развитию резистентности к инактивации посредством PAI-1 теноктеплаза обладает преимуществами в виде легкого способа назначения (введение препарата однократно болюсно), простого расчета требуемой дозы и низкой антигенностью.

Тромболитики обычно назначаются в комбинации с антиагрегантами и антикоагулянтами. Такая дополнительная терапия крайне важна по двум причинам. Во-первых, тромбоциты и фибрин играют главную роль в патогенезе тромбоза коронарных артерий, и дополнительная терапия минимизирует вероятность атеротромбоза. Во-вторых, тромболитики могут индуцировать дальнейшую агрегацию тромбоцитов за счет экспозиции свободного тромбина в имеющемся коронарном тромбе. Антикоагулянты и антиагреганты, которые могут быть использованы, включают аспирин, тииопиридины, нефракцион-





онированный гепарин, низкомолекулярные гепарины и ингибиторы гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов IIb/IIIa типа.

#### ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ГЛАВНОЕ – КАК МОЖНО РАНЬШЕ НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ

Система диагностики, сортировки и лечения, осуществляемая бригадами «скорой помощи», широко распространена во Франции. Но данный подход не столь выражен в других европейских странах. Поэтому существует возможность значительного улучшения ведения пациентов с ОКС на догоспитальном этапе. Данная перспектива признается в современных рекомендациях АСС/АНА, которые подтверждают значение тромболиза на догоспитальном этапе. Тем не менее недостаточные данные по экономической оценке, связанные с догоспитальным тромболизмом, могут создавать барьер на пути внедрения данного подхода в большинстве европейских стран.

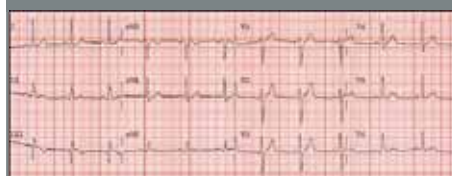
#### РЕЗЮМЕ СТРАТЕГИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ТРОМБОЛИТИКИ

Тромболизис следует проводить, если временной интервал между возникновением боли и началом лечения составляет не более трех часов, а лечение начато в течение 90 минут с момента исходного контакта с пациентом и регистрации ЭКГ

до проведения баллонной ангиопластики. Первичное ЧКВ следует проводить, если интервал между возникновением боли и началом лечения составляет более трех часов и имеется возможность доставить пациента в катетеризационную лабораторию в течение 90 минут с момента регистрации первой ЭКГ. Тромболизис является лучшей стратегией при отсутствии возможности проведения катетеризации в течение 90 минут с момента регистрации первой ЭКГ. Тромболизис и первичное ЧКВ могут проводиться в комбинации, а оптимальное терапевтическое окно между проведением тромболиза и первичного ЧКВ составляет 3 – 24 часа.

Оперативная оценка, точный диагноз и быстрая реперфузия, безусловно, являются ключевыми аспектами в снижении смертности у пациентов с ОКС. Многие из всего перечисленного может быть достигнуто на догоспитальном этапе. Таким образом, оптимальная терапия пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) должна проводиться на догоспитальном этапе всем пациентам, и тромболизис, при наличии показаний, также следует проводить на данном этапе. Все решения по лечению должны основываться на хорошо доказанной взаимосвязи между быстротой реперфузии и улучшением конечных клинических результатов, которая существует для любого вида реперфузионной терапии. \*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА



### ЭКГ ± БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИШЕМИИ МИОКАРДА

#### Кислород

#### Анальгетики

**Нитроглицерин:** 0,4 мг (макс. 1,2 мг) при САД > 90 мм рт. ст. ± морфин: повторные дозы (3 – 5 мг) до прекращения болей.

### АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ

**Аспирин:** 162 – 325 мг (разжевывать таблетку не кишечнорастворимую или внутривенно) в сочетании с **клопидогрелем:** 300 мг перорально (или 75 мг перорально).

### ТРОМБОЛИЗИС ПЕРВИЧНОЕ ЧКВ

<p>Он предпочтителен, если отсутствуют противопоказания и время до возможного проведения первичного ЧКВ &gt; 90 мин. Дополнительная терапия: низкомолекулярные гепарины (в сниженной дозе у пациентов старше 75 лет).</p>	<p>Предпочтительно, если: имеются противопоказания к тромболизису. Кардиогенный шок или тяжелая левожелудочковая недостаточность. Продолжительность симптомов &gt; 3 часов. Проведение первичного ЧКВ возможно в течение 90 мин. (если продолжительность симптомов &lt; 3 часов, проведение первичного ЧКВ должно быть возможным в течение 60 мин. ).</p>
---	---

#### Дополнительная терапия:

нефракционированный или низкомолекулярный гепарин (в сниженной дозе у пациентов старше 75 лет) ± ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.



## Ультразвуковые исследования в кардиологии: как сделать правильный выбор

**Зарубежные производители медицинской техники оценивают российский рынок как один из перспективных, предлагая самое разнообразное по своим возможностям и качеству оборудование. Поэтому сегодня перед лечебными учреждениями встает проблема выбора такой модели, которая наиболее полно отвечала бы их потребностям, эксплуатировалась долго и эффективно.**

Говоря о диагностике, современные тенденции особенно видны на примере ультразвукового оборудования. Во всем мире, это, пожалуй, наиболее доступный, информативный и, что важно, недорогой метод оценки состояния пациента. Большинство ультразвуковых приборов способно работать в сердечно-сосудистой, брюшной, акушерской и гинекологической областях. Вместе с тем, практически невозможно создать прибор, который использовался бы во всех сферах диагностики на одинаково высоком экспертном уровне. И все-таки выход был найден – компания GE Healthcare создала семейство специализированных универсальных ультразвуковых приборов, таких, например, как Vivid (универсальные системы, специализирующиеся в области сердечно-сосудистой диагностики), Logiq (универсальные системы с акцентом на сосудистую и брюшную диагностику) и Voluson (универсальные системы для акушерства и гинекологии).

С технологической точки зрения ультразвуковая диагностическая техника развивается в направлениях улучшения качества получаемых изображений, увеличения

производительности, максимальной активизации получаемой информации, а также миниатюризации приборов. Появление монокристалльных матричных датчиков позволило значительно улучшить качество визуализации, снизив при этом его зависимость от условий «ультразвукового окна». Матричная технология подразумевает расположение большого количества пьезокристаллов в виде решетки и формирование ультразвукового луча в трехмерном пространстве, что значительно увеличивает его разрешающую способность. Монокристалльная технология основана на использовании кристаллов стандартных размеров с гомогенными ультразвуковыми свойствами. Статичные изображения и видеоролики, получаемые на приборах с поддержкой матричных монокристалльных датчиков, обладают более высокой диагностической ценностью.

Революционной технологией в ультразвуковой диагностике является трехмерная реконструкция внутренних органов в реальном времени. Получая изображения, врач-диагност может сразу же проанализировать их или позже, сохранив данные в

памяти прибора. Анализируя трехмерную модель, исследователь может визуализировать структуры, абсолютно недоступные в одномерных и двумерных режимах, делая более глубокие заключения. Так, оценивая трехмерную модель сердца и, в частности, левого желудочка, можно точнее определить показатели сократительной функции, степень васкуляризации органа, несостоятельности клапанов и др. Компании-производители подобных приборов, особенно в таких сложных областях, как диагностика заболеваний сердца, не без оснований заявляют о себе как о технологических лидерах на рынке медицинской техники.

Другое важное направление в области диагностического ультразвука – объективизация получаемой информации. Субъективный фактор здесь играет большую и неоднозначную роль. Так, в кардиологии это значительно затрудняет оценку функциональных характеристик сердца. В последнее время появилась технология Speckle Tracking, основанная на анализе двумерных изображений, когда сам прибор отслеживает перемещение ярких спеклов (точек) внутри стенки сердца и на основании амплитуды и направления их перемещения оценивает различные векторы региональной сократительной функции стенок сердца. Так как аппарат самостоятельно производит захват спеклов и определяет границы стенок сердца, значение субъективного фактора сводится практически к нулю. Сочетание этой технологии с трехмерной реконструкцией





сердца обеспечивает анализ сократительной функции в трехмерном пространстве, предоставляя врачу-диагносту большой объем важной для диагностики дополнительной информации (4D Strain).

Наконец, в соответствии с глобальными тенденциями развития электронная диагностическая техника все больше стремится к миниатюризации. Уже никого не удивит полнотелыми приборами Vivid i, имеющими размеры портативного компьютера. А недавно компанией GE был создан уже не портативный, а универсальный карманный ультразвуковой прибор Vscan. Имеющий вес около 300 граммов, цветной жидкокристаллический экран с диагональю более 8,5 см, он может использоваться в режимах двухмерной серошкальной визуализации и цветового доплера в областях сердечно-сосудистой, брюшной, акушерской и гинекологической диагностики. Прибор работает на собственной батарее в течение часа непрерывного сканирования, все изображения, выводимые на экран, сохраняются в карте памяти в виде статичных картинок и видеороликов, которые могут передаваться с помощью программного обеспечения на персональный компьютер для анализа и хранения в базе данных. Этот прибор особенно не заменим в практике неотложной медицины, скрининговой первичной диагностики, частных клиник. Так что в ближайшем будущем он займет достойное место в арсенале практикующего врача.

Чем сложнее становится медицинская техника, тем больше диагностический эффект зависит от качества сервисного обслуживания, и тем больше требований предъявляется к организациям, им занимающимся. Безусловно, здесь необходим комплексный подход. Осознание этого факта стало отправной точкой при опреде-

лении стратегии сервисной организации ЗАО «ГАЛС-МТ» – фирма должна снимать все проблемы обеспечения работоспособности медицинского оборудования с руководителя клиники. Чтобы иметь объективную картину состояния медицинской техники, необходимо заключение независимой аккредитованной лаборатории.



**Испытательный центр выполняет функцию службы контроля качества для сервисного центра, что гарантирует высокий уровень технического обслуживания и качества пусконаладочных, ремонтных работ.**

Наряду с сервисной службой в организации создан независимый испытательный центр, состоящий из лабораторий, аккредитованных на проведение проверок контроля технического состояния, дозиме-

трических и прочих измерений. Специалисты испытательного центра привлекаются и к разработке федеральных методик контроля технического состояния медицинского оборудования.

Необходимость проведения оценки качества изображения ультразвуковых систем сегодня отражена в нормативно-методических документах, таких как Р 2.2.4/2.2.9.2266-07 «Гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования» или в утвержденной Департаментом здравоохранения Москвы «Методике измерительного контроля на стадии эксплуатации». Федеральная же методика метрологического контроля пока находится на стадии разработки. Работу курирует Федеральное медико-биологическое агентство. Метрологический контроль состояния проводится аккредитованными лабораториями с применением сертифицированного оборудования. Протокол аккредитованной лаборатории могут заменить замеры, проводимые ЛПУ или сервисным центром в рамках текущего контроля. Испытательный центр в структуре ЗАО «ГАЛС-МТ» выполняет функцию службы контроля качества для сервисного центра, что гарантирует высокий уровень технического обслуживания и качества пусконаладочных, ремонтных работ.

Мировой и российский рынки медицинской техники предлагают широкий выбор медицинского оборудования, отвечающего самым высоким современным требованиям врача-диагноста и бюджета организации. И помочь им разобраться во всем его многообразии, сделать правильный выбор могут только сервисные службы или лаборатории, профессионально занимающиеся контролем технического состояния медицинского оборудования.\*



# Незаменимый элемент логистики



**Пневматическая почта - решение многих проблем медицинских учреждений, начиная с доставки проб крови и заканчивая масштабными проектами, связывающими отдельные здания, расположенные на больших площадях. Для обеспечения внутренней логистики также могут применяться автоматические транспортные системы и другие технические решения.**

Сегодня пневмопочта стала неотъемлемой частью современных медицинских центров, обеспечивающей быструю и надежную доставку разнообразных материалов: анализов, препаратов, стерильных материалов и инструментов, документов между палатами, лабораторией, аптекой, диспетчерскими выдачи лекарств.

Приемно-передающие устройства системы Telescom (одного из ведущих производителей пневмопочты) устанавливаются в основных точках здания и связываются между собой трубами диаметром 110 - 160 мм. Перемещение предметов между передающей и приемной станциями происходит по специальному трубопроводу со скоростью 4 - 7 м/сек. практически бесшумно. Вес пересылаемых предметов может быть до 5 кг. Для этого используются специальные мягкие вставки в капсулы и герметичные пакеты, гарантирующие сохранность содержимого при транспортировке.

Подобные системы отлично зарекомендовали себя во многих медицинских центрах Европы, США, Японии. В России пневмопочта Telescom установлена в таких медучреждениях, как городская клиническая больница им. С.П. Ботки-

на (г. Москва), «Самарский областной клинический онкологический диспансер», а также в БСМП Набережных Челнов, «Госпиталь для ветеранов войн» (г. Казань), Медицинский центр деревни Универсиады и др.

Пневмопочта - незаменимый элемент логистики в медучреждениях. Она помогает ускорить передачу анализов cito, освободить персонал от передачи материалов «из рук в руки». Централизованное распределение лекарств из диспетчерской (хранилища) повышает уровень контроля над распределением дорогостоящих препаратов. Значительное сокращение количества перемещений персонала внутри больницы улучшает санитарное состояние ее помещений.

Автоматизация транспортировки материалов и применение современного программного обеспечения позволяют вести эффективный учет и анализ трафика, усилить административный контроль работы больницы.

Для внутренней логистики грузов массой до 50 кг могут быть использованы рельсовые системы Unicar и Multicar, являющиеся идеальным решением оптимизации доставки стерильных материалов из ЦСО в оперблок и возврата использованных материалов. Рельсовая система

компактно монтируется в потолочном пространстве и обеспечивает скорость передвижения контейнеров 1,5 м/сек.

Автоматическая безрельсовая система Transcar применяется для доставки грузов весом до 500 кг. Transcar самостоятельно перемещается по коридорам в соответствии с заданной программой. Для вертикального перемещения используются обычные грузопассажирские лифты, оснащенные специальным интерфейсом. Система предусматривает также оснащение дверей холлов и коридоров устройствами автоматического открывания.

Transcar снабжена лазерным сканером, ультразвуковым сенсором, датчиком столкновения, аварийным выключателем и звуковым предупреждением. Благодаря этому система может безопасно, обходя людей и препятствия, обеспечивать плановую и срочную логистику крупногабаритных грузов, не повреждая стены и межкоридорные двери. В свободное время тележки автоматически возвращаются в парковочную зону для подзарядки.

Преимуществами таких транспортных систем являются доступность 24 часа в сутки; минимизация ручной доставки, позволяющая сосредоточить внимание персонала на решении основных задач; минимизация риска «некорректного» обращения с материалами во время доставки; сокращение времени доставки хирургических инструментов, стерильных материалов и анализов; сокращение риска заражения при транспортировке стерильных материалов; возможность стерилизации контейнеров. \*





# «Скорая помощь»: сериал или жизнь?

Шансы выжить у россиян, вызвавших бригаду «скорой», вырастут в недалеком будущем в разы. Экипаж станет приезжать быстрее, а в чемоданчике фельдшера будет больше медикаментов. При этом отказываться от пьяных, бомжей или просто неадекватно ведущих себя граждан бригады «скорой» не смогут. Однако и размещать таких пациентов вместе с другими в больницах тоже не станут. Для них в отделениях «Скорой помощи», которые появятся в каждом регионе, предусмотрят специальные зоны с особыми туалетами, небьющимися стеклами и круглосуточным видеонаблюдением. О том, кто и как будет спасать жизнь россиянам, - наш разговор с Сергеем БАГНЕНКО, главным специалистом по скорой медицинской помощи Минздравсоцразвития России, директором НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, членом-корреспондентом РАМН, доктором медицинских наук, профессором.

**- Сергей Федорович, «скорую» сегодня не ругают только ленивый, и к ее реформированию относятся настороженно. Как изменится эта служба - не станет ли еще хуже?**

- Согласен, «скорая помощь» - архичувствительная зона для всей нашей страны. Ежегодно каждый третий житель вызывает экипаж медиков. На сегодняшний день главная проблема, которую мы хотим решить, - сократить разрыв между «скорой» и стационаром. Приемное отделение у нас не подхватывает мгновенно все то,

что делает бригада «скорой». Появляется пауза. Больному приходится долго ждать, его состояние может ухудшиться, мучается он сам и его родственники, потому что в приемном отделении все плохо приспособлено.

**- И какой же здесь может быть выход?**

- Весь мир пошел по пути создания специальных отделений, так называемых эмеджинси. Это не просто приемное отделение, а отделение экстренной медицинской помощи. Оно и оснащено соответствующим образом. Это осо-

бенно видно на примере американского сериала «Скорая помощь». Именно таким оно и должно быть. Больного еще везут, а его уже ждут врачи, и они в курсе, в каком он состоянии, что нужно первым делом сделать. Задача эмеджинси - за два часа превратить синдромный диагноз в конкретный нозологический. Привезли, например, человека с болью в груди. Что это: травма, острый коронарный синдром, а может быть, пневмония? В этом отделении будут все технологии, вся диагностическая линейка, которые только доступны в этой больнице. Компьютерная томография, эндоскопия, биохимическая диагностика, рентгенография - все это будет делаться круглосуточно. И с чем бы человек ни поступил сюда, медики должны быстро понять, что с ним, в чем проблема, и оказать нужную помощь. Уже потом, при необходимости, его отсюда переведут в отделение или клинику, которая специализируется на лечении этой болезни.

**- Принимать эмеджинси станут всех пациентов «скорой» подряд? Будут их сортировать?**

- Примут всех - это точно. И сортировать будут, но по новому принципу. Сейчас ведь пациентов разделяют на четыре потока: хирургический, тера-

певтический, травматологический и гинекологический. И внутри каждого еще – на мужчин и женщин. И получается, что в мужской хирургической смотровой может быть и очень тяжелый больной, с сильным шоком и открытыми переломами, и товарищ с переломом ногтевой фаланги второго пальца правой кисти. Теперь же будем сортировать по тяжести. Этот принцип, кстати, придумал еще Пирогов, когда оказывал помощь раненым. Он говорил своим помощникам, чтобы вначале приносили тех, кого прямо сейчас надо спасать. В эмедженси будет несколько зон для разных категорий пациентов.

**- В том числе VIP-зоны?**

- Ну, если только считать тяжелобольных VIP-пациентами. Итак, первая зона для тех, кто сам может передвигаться. Она будет устроена приблизительно как зал ожидания современного аэропорта. Телевизоры, мягкие кресла, туалеты. Отсюда больного ведут на одну диагностику, другую, третью... Важно, чтобы здесь не появились крайне тяжелые, буйные, грязные, пьяные. Это должна быть зона психологического комфорта. Человек и так волнуется. А если рядом с ним будет кто-то умирать? У него если и была просто нестабильная стенокардия, то она может перейти в инфаркт.

**- А куда девать грязных и пьяных?**

- Не спешите. Вторая зона – для тех, кто сам передвигаться не может, но серьезной угрозы жизни нет. Скажем, человек с переломом голени, острым панкреатитом. К нему все медики сами придут, анализы и обследования сделают на месте. Третья зона – тяжелобольные. Это фактически реанимация. А четвертая – для пьяных, наркоманов, бомжей, психически неуравновешенных. Согласитесь, эту категорию никак нельзя поместить ни в одну из трех предыдущих зон.

**- Палаты в этой зоне будут по типу тюремных камер?**

- Нет. Но там будут непробиваемые окна, антивандальное оборудование, пост охраны. И даже обычный унитаз таким пациентам не поставишь (они его могут разбить и пораниться), надо унитаз, предполагающий сидение на корточках, – чашу «Генуя». И, кстати, это вовсе не означает, что помощь таким пациентам менее важна, и оказывать ее будут в последнюю очередь, спустя рукава. Чтобы мы могли проследить за этим, будет обязательное видеонаблюдение, а записи храниться полгода.

**- А может быть, во всех зонах сделать видеонаблюдение?**

- В перспективе так и будет. Но на первых порах только в третьей (реанимационной) и четвертой зонах. По нашим подсчетам, в зону №1 будет попадать примерно половина

всех пациентов «скорой», №2 – 25%, №3 – 11%, остальные – в №4. Лечение, независимо от категории больного, должно начинаться с первых минут. Если у человека сильные боли, то должны дать такие лекарства, которые снимут болевой синдром, но при этом не смажут диагностическую картину.

**- Сколько будет отделений экстренной медицинской скорой помощи в Москве?**

- Двадцать. Это больницы №1, Боткинская, 7-я, 15-я, 23-я, 64-я, 67-я... Известные всем москвичам больницы. Там есть все – специалисты, технологии. А у небольших больниц изымут оказание экстренной помощи, и на их базе



**- Такие отделения будут при каждой больнице?**

- Нет, конечно. Это очень дорого, да и не нужно. Мы подсчитали, что примерно на 600 тысяч жителей достаточно одного такого отделения. Недавно в качестве эксперимента они были созданы в четырех городах: в Санкт-Петербурге (на базе нашего НИИ), Набережных Челнах, Ростове-на-Дону и Чебоксарах. К концу 2012 года такие отделения должны появиться во всех регионах.

создадут реабилитационные центры, хосписы, отделения сестринского ухода – то, чего сейчас так не хватает.

**- Допустим, человек попал в ДТП на юге Москвы. «Скорая» его отвезет в больницу с эмедженси именно в ЮАО?**

- Не совсем так. Базовый принцип будет, конечно, территориальный – куда ближе, туда и доставят. Но в каких-то случаях будут исходить из другого. Вот ДТП или падение с большой высоты. Из 20 больниц, которые будут иметь отде-



ления экстренной медицинской помощи, лучше всего могут помочь в десяти (где есть шокковые операционные).

**- В России немало маленьких городов, таких как Псков, с населением 160 тысяч. У них не будет собственного отделения «Скорой помощи»?**

- Будет. Но тут нужно решить и другую проблему. В таких городах за-

просто водитель будет, а водитель-санитар, прошедший медподготовку и умеющий оказывать полноценную помощь. Кстати, профессиональный стандарт фельдшера расширится практически до стандарта врача «скорой». Врач же постепенно переместится в отделение экстренной медпомощи стационара и будет не только выезжать,

но и лечить легких больных, допустим, с сотрясением головного мозга. И не нужно для этого отвлекать нейрохирурга.

**- Изменится ли укладка врача или фельдшера «скорой»?**

- Да, в ближайшее время туда добавятся еще несколько препаратов, которые только что включили в перечень жизненно важных. К примеру, ацизол помогает при отравлении угарным газом, восстанавливает гемоглобин, возвращает способность поглощать и переносить кислород. В чемоданчике медиков «скорой» будут также ларингеальные маски. Раньше респираторную поддержку оказывали, только интубируя или выдавая кислород, а такая маска более безопасна. Будут в укладке и иглы для внутрикожного введения. Они помогут в случае, когда вену найти у пациента сложно.

**- А приезжать «скорая» будет быстрее?**

- Сейчас стандарт 20 минут, мы хотим перейти на 15. Но есть регионы, где медики никак не уложатся в этот стандарт (скажем, поселок на Курильской гряде). Там должны быть и свои нормативы, и способы оказания помощи силами врачей местных фельдшерско-акушерских пунктов. А поскольку риск проживания здесь выше, возможно, стоит снизить налоги для местных жителей.

**- Не секрет, что чаще всего в «скорую» звонят бабушки-дедушки, которым показалось, что им стало плохо. С другой стороны, нередко старики умирают, так и не дождавшись врачей.**

частую - по пять - шесть больниц. В таком количестве они не нужны, да и в некоторых нет ни одного хирурга или реаниматолога. Поэтому из них надо сделать одну, но хорошую клинику. Если речь идет о совсем небольших городках, то во всей области можно создать два - три крупных межрайонных медцентра, где будут отделения экстренной медпомощи.

**- Но расстояния у нас огромные, и пациент может не дожить, пока его туда довезут на «скорой»...**

- Это действительно проблема. Возможно, нужно будет оборудовать эти центры вертолетными площадками.

**- Всех больных вертолетами не заберут - дорого... Может, надо лучше оснащать машины «скорой», чтобы в случае, когда надо ехать два часа, пациент там продержался?**

- Да, такие полностью оборудованные машины в ряде регионов уже появились. Ставки будем делать на «Фиат-Дукато», «Форд-Транзит» и «Фольксваген-Транспортер». Эти машины в Европе и Америке используются «скорыми». И в бригаде теперь не

**Теперь профессиональный стандарт фельдшера расширится практически до стандарта врача «скорой». Врач же постепенно переместится в отделение экстренной медпомощи стационара.**

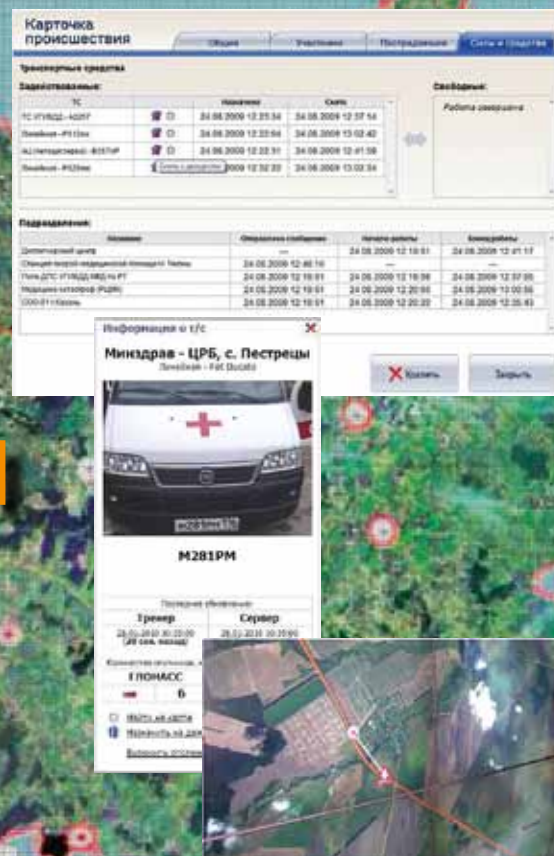


- Эта проблема есть во всем мире. У нас она усугубляется тем, что дежурный может или отказать, или выслать машину. Других вариантов нет. У нашего больного нет постоянного врача, который бы его вел, и с которым дежурная «скорой» могла бы связаться. Он бы сказал: «Эта ситуация у Марьи Ивановны постоянная, экстренная помощь ей не требуется, я сам схожу к ней сейчас и разберусь». И вообще часто человеку достаточно консультации по телефону, и необходимость вызова «скорой» отпадает. Но у нас юридически это не закреплено, нет такой услуги по закону, а значит, и оказывать ее не могут. И здесь мы планируем внести изменения в законодательство. Тогда врач сможет и захочет грамотно консультировать, поскольку будет получать за это деньги, почти как за прием.

«Московский комсомолец», №25712 от 6.08.2011



# Травмоцентры становятся ближе



**Целевая программа, направленная на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на трассе М-7, а затем и на трассе М-5 «Урал», в Татарстане стартовала в 2009 году. За минувшее время в республике была развернута сеть травмоцентров, модернизирован парк санитарных машин, внедрена система диспетчеризации с использованием системы ГЛОНАСС и единого номера экстренной помощи «112». Задача сегодняшнего дня - тиражировать этот положительный опыт, обеспечить оперативность оказания высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим при ДТП и на других трассах.**

За три месяца 2011 года на территории Татарстана было зарегистрировано 869 дорожно-транспортных происшествий, в результате которых 89 человек погибли и 1152 получили ранения. Тяжесть последствий ДТП составила 7,2 погибшего на 100 пострадавших (эта цифра за такой же промежуток времени в 2010 года была равна 8,2). При этом на дорогах федерального значения количество происшествий растет, и здесь этот показатель самый высокий - 13,8.

По мнению заместителя главврача РКБ МЗ РТ, руководителя научно-практического Центра травмы Республиканского центра медицины катастроф, главного внештатного специалиста Минздрава РТ по скорой медицинской помощи Глеба Алексеева,

количество автотранспорта на дорогах Татарстана с каждым годом увеличивается, качество федеральных трасс улучшается, а значит, появляется больше соблазна для любителей быстрой езды. Возможно, это в какой-то мере и объясняет высокую смертность.

Выходом из этой ситуации должен стать более жесткий контроль скоростного режима на федеральных трассах. Судя по опыту столицы Татарстана, установка камер видеофиксации ведет к достоверному снижению количества ДТП. Но одними камерами с проблемой смертности на дорогах не справиться, поэтому для решения этой непростой задачи были объединены усилия ГИБДД, службы скорой медицинской помощи, Центра медицины катастроф и

санитарной авиации. Организационно увязать работу всех этих служб помогали новый подход к диспетчеризации и оптимизация транспортировки пострадавших.

Структура смертности при ДТП легла в основу разработки концепции совершенствования медицинской помощи пострадавшим на дорогах. Так, согласно статистике, 74% летальных исходов приходится на догоспитальный этап, а 65% пострадавших просто не доживают до приезда бригады скорой медицинской помощи. Соответственно, на первый план выходит задача по обеспечению максимального быстрого прибытия на место ДТП машин скорой медицинской помощи. Ее решают, обеспечивая оптимальную маршрутизацию спецтранспорта в республике, система ГЛОНАСС и единая дежурно-диспетчерская служба «112». На сегодняшний день трекерами этой системы оснащена каждая третья санитарная машина, в 2011 году будет оборудовано еще 80.

Кроме того, существенно расширен и автопарк - в рамках федеральной программы было приобретено 28 реанимобиля класса С, которые позволяют начать активную терапию уже «на колесах». Если к месту происшествия ближе находится санитарное авто меньшего класса, главная задача которого, по сути, - перевозка больного, реани-



### Госпитализация пострадавших в ДТП на трассе М-7 за 7 месяцев 2011 года

Всего пострадавших – **473 человека**.

Сразу после ДТП в травмоцентры 1 и 2 уровней доставлено **194 человека**.

**67 человек** переведены из травмоцентров 3-го уровня в травмоцентры более высокого уровня по линии санавиации после стабилизации состояния.

Районы	Число госпитализированных пострадавших	Доставка в травмоцентры 1 и 2 уровней, чел.	Доставка «на себя» (травмоцентр 3 уровня), чел.
Зеленодольский	12	8	4 (все доставки – необоснованные)
Верхнеуслонский	7	3	4 (все доставки – необоснованные)
Казань	32	32	
Пестречинский	33	31	2 (все доставки – обоснованные)
Рыбно-Слободский	14	14	
Мамадышский	29	25	4 (2 доставки – обоснованные)
Елабужский	31	31	
Набережные Челны	34	34	
Мензелинский	10	10	
Актанышский	11	6	4 (3 доставки – необоснованные)

мобиль выезжает ему на перехват. Следующий вопрос – куда везти? Ответ очевиден – в медицинский центр, где ему будет оказан полный объем необходимой медицинской помощи. Причем, важно оперативно привезти пострадавшего не столько в ближайшее медучреждение, как это делалось раньше, сколько туда, где есть оборудование и квалифицированные специалисты для проведения полноценной диагностики и лечения.

За два года в Татарстане была создана сеть травмоцентров первого, второго и третьего уровней. В зависимости от места ДТП, тяжести состояния пострадавшего его направляют в тот или иной травмоцентр. Если речь идет о шоковом больном, который может просто не выдержать транспортировки в более отдаленный высокотехнологичный медицинский центр, либо о человеке с легкой травмой, которого можно лечить амбулаторно, его направляют в травмоцентры третьего уровня – в ЦРБ Верхнего Услона, Пестрецов, Мамадыша, Мензелинска, Актаныша. Относительно недавно открылся травмоцентр и в Бавлах.

В травмоцентрах третьего уровня практически нет своих травматологов, там работают преимущественно хирурги. «Это вполне оправданно, – говорит Глеб Алексеев, – задача травмоцентра

третьего уровня – поддержать витальные функции больного и стабилизировать его состояние для последующей транспортировки в медучреждение более высокого уровня». Хотя, по признанию руководителя Центра травмы, проблема с кадрами в районах, все-таки, есть. Многим молодым специалистам куда интереснее работать в более престижных клиниках с современным оборудованием, внедряя передовые методики. Выходом из ситуации может стать освоение врачами смежных специальностей.

Справедливости ради следует отметить, что в целом нагрузка на работников службы скорой медицинской помощи высока везде, сменяемость поколений – вопрос актуальный для всех медучреждений, в том числе и для Центра травмы РКБ МЗ РТ. Решение этой проблемы лежит в нескольких плоскостях. Во-первых, это программы обучения, в том числе в Петербургском институте скорой медицинской помощи им. И.И. Джанелизе и за рубежом, сотрудничество с медвузами. Во-вторых, это дальнейшее совершенствование диспетчеризации, которая позволит распределять вызовы по срочности. Наконец, сейчас прорабатывается вопрос о расширении функций фельдшеров и водителей санитарных машин. Они должны уметь и иметь возможность проводить дефибрилляцию,

интубирование и т.д. В конечном счете это позволит максимально приблизить медицинскую помощь к больному.

Что касается травмоцентров второго уровня, то они сегодня созданы на базе БСМП Казани и Елабуги, а недавно – в Бугульминской ЦРБ. Здесь работают более совершенные диагностические службы, профильные специалисты – травматологи, нейрохирурги. Кстати, та же казанская БСМП по факту практически выполняет функции травмоцентра первого уровня, хотя формально относится ко второму уровню, поскольку имеет в своем арсенале компьютерный томограф меньшего экспертного класса. По мнению Глеба Викторовича, именно на травмоцентры второго уровня будет сделана ставка в ближайшем будущем. И площадкой для их организации могут стать межмуниципальные сосудистые центры с высокотехнологичным медицинским оборудованием, современными компьютерными томографами, квалифицированными кадрами. Таким образом, открытие на их базе травмоцентров станет вопросом организационным.

Травмоцентры первого уровня располагаются в РКБ Казани и БСМП Набережных Челнов. Здесь проводится лечение наиболее сложных травм, нейрохирургических заболеваний и т.п. Сегодня эти центры являются ключевыми звеньями сети травмоцентров на западе и северо-востоке республики. Но, помимо федеральных трасс междугородного значения М-7 и М-5, которые проходят по этим районам, в Татарстане есть федеральные дороги регионального значения, где ДТП также нередки. В частности, на юго-востоке республики сегодня работают травмоцентры второго и третьего уровней, при этом травмоцентра первого уровня формально нет. Вместе с тем, уже сегодня реальная высокотехнологичная медицинская помощь, в том числе нейрохирургического и травматологического профиля, с применением современного диагностического оборудования, здесь оказывается. Речь идет об Альметьевской медресасти ОАО «Татнефть». Это медицинское учреждение уже сегодня можно и необходимо рассматривать как травмоцентр первого уровня.

В конечном счете вся республика будет разделена на три зоны, в каждой из которых будут функционировать травмоцентры первого уровня, а сеть травмоцентров второго уровня – существенно расширена за счет существующих межмуниципальных центров медицинской помощи. «Приблизить» травмоцентры – эта задача сегодня вполне решаемая, в том числе и организационно.



# Милосердие

## со знаком качества

**В начале этого года Татарстан, наряду с другими регионами России, объявил о своем участии в новой федеральной программе «Доступная среда». Суть программы - сделать российские города пригодными для проживания людей с ограниченными физическими возможностями.**

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в стране сегодня проживают около 13 миллионов инвалидов, из них 326 тысяч - в Татарстане. Высокие бордюры, отсутствие пандусов и светофоров со специальными звуковыми сигналами делают современные города непригодными для жизни таких людей. Даже обычный поход в магазин для них подчас выливается в большую проблему. А если понадобилась медицинская помощь?

В Татарстане к проблемам инвалидов относятся с пониманием, и большинство медицинских учреждений уже оборудованы пандусами и

поручнями, чтобы люди с ограниченными физическими возможностями могли посещать клиники без сопровождения близких. Но если инвалиду требуется госпитализация, он вновь оказывается наедине с многочисленными проблемами. Посетить туалет или ванную комнату без посторонней помощи для колясочника невозможно. А как забраться на каталку или перебраться из коляски на кровать в палате? Как перейти с этажа на этаж, если служебный медицинский лифт постоянно занят? Все эти вопросы помогают решить потолочные подъемные системы швейцарской фирмы Högg.

### ЛЕСТНИЦА БОЛЬШЕ НЕ ПРЕГРАДА

Потолочная рельсовая система Högg может использоваться и для подъема людей с ограниченными физическими возможностями по лестничным маршам в зданиях, инвалиду-колясочнику достаточно лишь заехать на специальную платформу и с помощью пульта управления добраться до нужного этажа. Заезд и съезд инвалидной коляски с платформы производится быстро и без особых усилий. Потолочная система Högg может быть снабжена возвратным механизмом, который после каждого использования автоматически отправляет платформу на первый этаж. Как дополнительная опция в подъемной системе может использоваться грузовая платформа для хозяйственных нужд.

Система Högg легко устанавливается в любых зданиях, независимо от размера лестниц и межэтажных площадок. Она не занимает места, так как крепится на потолке, поэтому лестница и проходы всегда будут свободными, не затрудняя движение пациентов и их экстренную эвакуацию. Лестничный подъемник работает от безопасного напряжения 42 вольт и не требует дополнительной зарядки, что дает возможность использовать его неограниченно по времени и количеству спусков-подъемов.



## УДОБНЫ, НЕ ТРЕБУЮТ УСИЛИЙ

Для перемещения на этажах можно установить потолочную подъемную систему Likoall от шведской фирмы Liko. Это оборудование как нельзя лучше подходит для использования в лечебных учреждениях. Подъемные

пациентов необходимо поднимать на стол для проведения лечебных манипуляций.

Подъемные системы Likoall крепятся на потолке и за счет своей конструкции охватывают всю площадь помещения. А это позволяет обслуживать малоподвижных паци-

подъемники особенно удобны для принятия ванн.

Стоит заметить, что потолочная система Likoall может быть использована не только для повседневного обслуживания пациентов больниц, но и для реабилитации людей, получивших травмы позвоночника, или



**Likoall незаменимы и в операционных, где пациентов необходимо поднимать на стол для проведения лечебных манипуляций.**



**Потолочная рельсовая система может использоваться и для подъема людей с ограниченными физическими возможностями по лестничным маршам в зданиях, достаточно лишь заехать на специальную платформу и с помощью пульта управления добраться до нужного этажа.**



системы Likoall оснащаются электрическим приводом, работающим от безопасного напряжения. Они удобны в использовании, не требуют физических усилий и специальных навыков, могут устанавливаться в любых помещениях клиники – палатах, коридорах, в ваннах, душевых и туалетных комнатах. Они также незаменимы и в процедурных, операционных, где

пациентов, находящихся в палате или в процедурной. Подъемное оборудование не занимает много места и работает независимо от расстановки мебели. В ваннах и душевых комнатах система Likoall используется со специальной гигиенической сеткой. В этом случае можно быть уверенным, что пациент не подскользнется и не упадет на пол. Потолочные

детей с диагнозом ДЦП. Она может применяться и в качестве тренажера для обучения навыкам ходьбы, и как устройство, помогающее пациенту вставать с кровати или кресла. Потолочные подъемники легко монтируются в здании, они неприхотливы в обслуживании. В случае необходимости их можно быстро демонтировать и убрать на хранение. \*

## «Интерес к организационным и методологическим наработкам Татарстана в it-сфере очень большой, и это приятно», -

сказал в своем выступлении на недавно состоявшейся в Казани X Международной научно-практической конференции «Информационные и управленческие технологии в здравоохранении» вице-премьер - министр информатизации и связи Республики Татарстан Николай Никифоров.

От имени Правительства Республики Татарстан участников конференции приветствовал министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов. Он отметил, что информатизация сферы здравоохранения существенно улучшает производительность труда и облик здравоохранения. В Татарстане в этом направлении многое делается. Особенно хорошо зарекомендовал себя как интегратор сложных бизнес-процессов в здравоохранении Диспетчерский центр МЗ РТ.

Ежегодно на этом форуме собираются руководители региональных и городских администраций, представители областных департаментов, министерств, городских комитетов здравоохранения, руководители территориальных фондов ОМС, ведущих клиник и компаний из разных уголков России. В этом году организаторами юбилейной конференции в столице Татарстана, в казанском it-парке, стали Министерство здравоохранения Республики Татарстан и компания «Корпоративные информационные рутины». В ней приняли участие более 300 человек из 60 городов России и стран зарубежья, в том числе из Украины, Казахстана, Таджикистана, Чехии, Германии.

В этом году доклады участников имели общую направленность - что уже сделано, и что реально работает. В частности, Николай Никифоров рассказал о работе портала электронных услуг Татарстана,

популярность которого в республике постоянно растет, как и количество услуг в электронном виде и, в частности, в здравоохранении. И все-таки, несмотря на все достижения в области информатизации, электронная запись к врачам в Татарстане пока достигает только 5%. Но, как заверил Николай Никифоров, к 2013 году этот показатель планируется увеличить до 30%.

Особый интерес вызвали доклады зарубежных гостей. Директор Центра информатизации здравоохранения Минздрава Республики Казахстан Наталья Киль поделилась опытом построения системы «Единая информационная система здравоохранения Республики Казахстан» (ЕИСЗ МЗ РК), которая уже дала право гражданам Казахстана свободно выбирать врача и медицинскую организацию, создала конкурентную среду, повысила мотивацию медицинских организаций на оказание своевременной, качественной и доступной

медицинской помощи. Услуга «Электронный паспорт здоровья» дает всем гражданам, зарегистрированным в этой системе, возможность получать информацию обо всех случаях обращения за медпомощью, о предоставленных услугах, диагнозах, медикаментах и профилактических мероприятиях.

О проводимой в Украине реформе здравоохранения и перспективах использования информационных технологий рассказала начальник отдела противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу и наркомании Министерства здравоохранения Украины Марина Зеленская. Сегодня министерство работает над внедрением информационной системы СПИД-кластер, что связано с ростом ВИЧ-инфицированных, наркозависимых, онкологических больных и больных сахарным диабетом.

Немало сделано в рамках модернизации здравоохранения и в Оренбургской области, о чем на конференции рассказала заместитель министра здравоохранения Юлия Балтенко. Благодаря функционированию Диспетчерского центра Министерства здравоохранения Оренбургской области ее жители получили возможность удаленно, через Интернет, записываться на прием к врачу. Медицинские изображения с диагностических аппаратов хранятся в центральном архиве. Интернет-решение «Плановая госпитализация» дало районным специали-





там возможность направлять пациентов в областные клиники. Действуют кардиологический и педиатрический кластеры. В настоящее время внедряется онкологический кластер. Планируется интеграция системы с введенными в промышленную эксплуатацию компонентами «Электронного Правительства» и универсальной электронной картой гражданина Российской Федерации. Юлия Балтенко подчеркнула, что реализация программы «Диспетчерский центр Министерства здравоохранения Оренбургской области» создала надежную основу для решения одной из основных задач модернизации здравоохранения – внедрения информационных технологий во все медицинские учреждения.

С докладом «Информационные технологии как инструмент управления на предприятии» выступил генеральный директор ГАУЗ «Межрегиональный клинко-диагностический центр» Рустем Хайруллин. В МКДЦ современные it-разработки внедрены в повседневную клиническую практику. Результаты говорят сами за себя: на 11% снизились временные затраты на обработку документов, на 54% увеличилась производительность, оперативность получения информации о пациенте, визуализация и динамика результатов исследований.

Еще один пример положительного опыта по внедрению информационных

технологий в области здравоохранения в России представила Аида Коростелева – начальник отдела мониторинга и информатизации Управления здравоохранения Окружной администрации города Якутска. Эффект от внедрения системы «Электронная регистратура» уже успели оценить не только пациенты, но и само управление здравоохранения города. По предварительным данным, перевод даже половины ЛПУ города на бесплечный режим работы с медицинскими исследованиями благодаря системе «ЦАМИ» позволяет сэкономить до 5,5 – 6 миллионов рублей по городу Якутску.

Успешным опытом построения информационных систем поделился и генеральный директор компании КИР, доктор экономических наук Рустам Сунгатов. Он подчеркнул, что первоначально должны решаться вопросы, а что же даст информатизация пациенту, врачу и каких это потребует усилий. Первооснова – это экономика и потребительские качества услуги.

Руководитель Диспетчерского центра МЗ РТ Ростислав Туишев рассказал участникам конференции о принципе построения и составе региональных и федеральных фрагментов «Единой Государственной Информационной Системы» в рамках концепции Минздравсоцразвития РФ. А о том, как начать реализацию такой

системы на региональном и муниципальном уровнях, рассказал директор МИАЦ РАМН Олег Симаков (г. Москва).

В рамках конференции состоялись два круглых стола. На первом был рассмотрен ход реализации программы модернизации здравоохранения в регионах, на втором обсуждены технические вопросы внедрения, создания и эксплуатации информационных систем в ЛПУ, также был проведен семинар ЦАМИ/РАС.

В ходе дискуссии участники круглых столов смогли сравнить позиции, обменяться опытом и видением перспектив развития здравоохранения в России, странах СНГ и Европы. И на первом, и на втором круглых столах активно обсуждались также меры по реализации 152-ФЗ «О персональных данных». Как сказала директор ЦИЗ МЗ Республики Казахстан Наталья Киль, «у нас нет таких требований к защите персональных данных, есть только строка в кодексе о согласии пациента на размещение его данных в информационной системе, но мы понимаем важность сохранности персональных данных и продолжаем работать в этом направлении». Прошедшая конференция объединила профессионалов отрасли и, безусловно, стала незаменимой площадкой для обсуждения инноваций в области информатизации здравоохранения и укрепления деловых связей.



# Путевые заметки:

## казанский врач о британской больнице



**Ильдар НУРМЕЕВ,**  
сосудистый хирург кардиохирургического  
отделения ДРКБ МЗ РТ, д. м. н.

В июле этого года я проходил стажировку в St. George's Hospital, London, UK (госпиталь им. св. Георгия, Лондон, Великобритания). Это больница NHS (национальной системы здравоохранения), которая в рамках госгарантий обеспечивает бесплатной медицинской помощью граждан прилегающих территорий - всего около 1,5 - 2 млн человек. Там же оказываются платные услуги по программам добровольного медицинского страхования и на коммерческой основе всем желающим.

Детские отделения больницы расположены в отдельном крыле Lanesborough Wing, там же находятся операционные, неонатальное отделение и палаты интенсивной терапии. Все, что можно лечить амбулаторно, лечат амбулаторно, срок нахождения на больничной койке минимален.

В 8.30 маленькие пациенты поступают для операций в первой половине дня, в 10.30 - для операций во второй. Выписка производится в конце рабочего дня, с 16.40 до 17.00. Половина хирургическо-

го отделения состоит из палаты Jungle (джунгли), она украшена в соответствующем стиле. Здесь есть игровая зона, где дети могут провести свой досуг, а также разделенные передвижными тканевыми ширмами мобильные «палаты» с многофункциональными кроватями, куда приходят анестезиолог и другие врачи.

Кроме Jungle в отделении детской хирургии есть подразделение Nicholls, где лежат пациенты с серьезными заболеваниями - стационарные больные, требующие наблюдения и процедур.

В этом отделении, как правило, двухместные палаты. В каждой из них есть одноразовые перчатки трех размеров и одноразовые полиэтиленовые фартуки для осмотров, а также дозаторы антисептика для рук.

В предоперационную дети отправляются вместе с родителями. Далее - маска с газом, ребенок засыпает, а родители уходят обратно в палату. Когда ребенок заснул, выполняются все болезненные процедуры: установка катетера, интубация, эпидуральная анестезия и прочее. Дети практически не плачут, боли нет. Более того, в медицинской практике здесь не применяются внутримышечные инъекции. На вопрос «почему?» английские врачи отвечают, что «они страшно болезненные». Даже на один день принято ставить периферические катетеры под местной мазевой анестезией. Медицинская помощь не похожа на некое испытание, когда больной находится в состоянии «потерпи, все пройдет».





«Нет, - считают английские врачи, - так нельзя, особенно с детьми».

Гигиена рук персонала доведена до идеальной. Пребывая в больнице, мне приходилось до 50 раз обрабатывать руки при входе-выходе в отделения, предоперационные и операционные, палаты интенсивной терапии. Есть места, например, палаты отделения новорожденных, куда нельзя зайти, не помыв руки и не обработав их антисептиком, даже если тебе просто надо с кем-то поговорить. Дозаторы антисептика висят везде, в лифтах приятный женский голос напоминает: «Не забывайте о спиртовой обработке рук при входе и выходе в отделения и палаты». И это приносит свои плоды. Инфекционных осложнений у них практически не бывает, последний случай MRSA-инфекции (метициллинрезистентный стафилококк) был зарегистрирован в прошлом году.

В больнице много указателей, так что ошибиться при выборе маршрута невоз-

можно. Везде, где только можно, высажены цветы в клумбах и подвесных горшках - вероятно, оформление отдано на аутсорсинг флористической компании. На дорогах внутри больничного комплекса есть полноценная разметка, обозначены стоянки и пешеходные переходы, места, где нельзя парковаться, отмечены красной линией. Единственный минус - сотрудники с машинами платят за парковку из собственного кошелька.

В течение месячной стажировки я ознакомился с работой госпиталя в целом и «детского» крыла в частности, общался с хирургами и педиатрами, принимал участие в конференциях группы аудита, в обходах, операциях. Тезисно можно отметить те факторы, которые, на мой взгляд, позволяют английской медицине занимать лидирующие позиции в мире.

В первую очередь, это медицинские услуги, оказываемые с неизменным

качеством, и, что важно, ориентированные на пациента. Можно сказать, что у них **медпомощь с человеческим лицом**. Большое внимание уделяется каждой детали: цветы, картины на стенах, улыбки персонала. Проводятся тематические занятия в классах, в холле организуются концерты студенческих коллективов из музыкальных учебных учреждений и т.п. Наблюдая за этим, начинаешь понимать, что главный минус российского менталитета в деле оказания медицинских услуг - это рутинное отношение, порой граничащее с равнодушием к пациенту. Есть мировые тренды, которым нужно следовать, чтобы быть в числе стран с передовым здравоохранением. Если мы хотим, чтобы к нам приезжали люди, лечились у нас, нужно создавать условия для стимулирования спроса на наши медицинские услуги. Главный критерий «продаваемости» - у людей должно возникнуть желание лечиться именно в наших больницах, им должно быть приятно в них находиться.

Во-вторых, в Англии чрезвычайно развито **уважение к privacy** (частной жизни). Это понятие включает в себя и неприкосновенность личного пространства, и конфиденциальность врачебной информации. Если палаты многоместные, они разделены мобильными перегородками из плотной ткани с надписью: «Уважайте мое privacy (уединенность, частную жизнь), стучите!».

Наконец, огромное значение имеет **работа визави**, когда пациент от начала и до конца имеет дело только с одним врачом, где это возможно. Медицинский специалист проводит и назначает диагностические мероприятия, оперирует и занимается послеоперационным наблюдением. Возникает доверие, которое дорогого стоит. Ну и личная ответственность врача, конечно.



# Успехи есть, но до победы еще далеко

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД И ПРОФИЛАКТИКА

Для снижения смертности, оптимизации и стандартизации системы оказания медико-социальной помощи онкологическим больным была разработана Национальная онкологическая программа. Среди первоочередных проблем, которые предстоит решить, главный онколог России академик В.И. Чиссов назвал высокий процент запущенных форм рака, ухудшение профилактической работы, свертывание скрининговых программ, сокращение районных онкологических кабинетов, слабую материально-техническую базу онкоучреждений и недостаточную профессиональную подготовку кадров. Приоритетным направлением Национальной онкологической программы стала профилактика. На раннее выявление ЗНО ориентировали амбулаторно-поликлиническую сеть, начали развертывание скрининговых программ, ввели ответственность департаментов субъектов и всех медицинских работников за запущенность онкологических заболеваний.

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛАСТЕР ТАТАРСТАНА

За первые пять месяцев 2011 года в первичные онкологические кабинеты обратилось более 70 тысяч человек, диагноз злокачественного новообразования установлен трем тысячам

На Всероссийской научно-практической конференции онкологов, состоявшейся в Казани, были подведены первые итоги реализации Национальной онкологической программы. Академик РАМН, главный онколог России, директор Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, профессор Валерий Чиссов отметил, что конференция не случайно проходит в Татарстане - республика занимает лидирующее место по диагностике и лечению онкологических заболеваний, здесь поставлена хорошая онкологическая служба. В работе конференции участвовали ведущие ученые-онкологи, организаторы здравоохранения, главные врачи онкологических учреждений из более чем 50 регионов страны.

пациентов, у 1,5 тысячи из них онкологическое заболевание диагностировано на ранних стадиях. Об этом на конференции сообщил министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов.

В 2010 году Татарстан был включен в Национальную онкологическую программу, в республике проведены масштабные мероприятия по созданию онкологического кластера и формированию полного технологического цикла онкологической помощи населению - профилактика, диагностика, лечение. За этот же год в республике организовано 70 первичных онкологических кабинетов и шесть первичных онкологических отделений в городских и центральных районных поликлиниках.

С целью приближения онкологической помощи к населению создано новое подразделение Республиканского клинического онкологического диспансера для юго-восточного региона РТ - поликлиника №3 в Альметьевске. В Набережных Челнах в 2011 году открылся филиал РКОД - поликлиника №4, на базе модернизированной БСМП - онкологическое отделение на 55 коек для высокотехнологичного лечения больных.

Стратегией развития здравоохранения РТ предусмотрено также использование ресурса межмуниципальных сосудистых центров в городах Арске, Буинске, Чистополе для высокотехнологичной диагностики ЗНО.

## ТЕХНОЛОГИИ ЯДЕРНЫЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ

Центральное место в развитии специализированной онкологической помощи, по словам Айрата Фаррахова, заняла реконструкция радиологического корпуса Республиканского клинического онкологического диспансера. Это один из самых сложных комплексных проектов в здравоохранении республики. По поручению Президента РТ проект предусматривал в перспективе размещение центра позитронно-эмиссионной томографии. В последующем он послужил основой для создания Окружного онкологического центра на базе РКОД, о чем подписано Соглашение с Минздравсоцразвития РФ, и принятия республиканской целевой программы. По условиям Соглашения Татарстан получает 402,7 млн руб. для приобретения медицинского оборудования и оснащения им ПЭТ-центра и отделения радионуклидной терапии. Софинансирование со стороны республики составит 500 млн руб. Для работы на новом радиотерапевтическом оборудовании запланировано обучение в МНИОИ им. П.А. Герцена 15 специалистов. Существенную роль в работе республиканского онкокластера играют информационные технологии. Главное преимущество татарстанской модели информатизации состоит в том, что ни один случай онкологического заболевания не может затеряться. Кабинеты





## Приоритетное направление Национальной онкологической программы - профилактика.



профильных врачей в поликлиниках, межмуниципальные ЛПУ в городах и райцентрах и головной онкодиспансер работают в едином информационном пространстве, обмениваясь информацией через Интернет. Если пациенту в районной больнице диагностировали рак, то об этом сразу же сообщается в РКОД и принимаются меры, чтобы пациент продолжил обследование. Контролируются весь его маршрут и работа всех врачей данного профиля. При этом пациент освобождается от необходимости дважды проходить анализы и исследования.

### ТЕМЫ ДЛЯ ДИСКУССИИ

В процессе двух дней работы участники научно-практической конференции обсудили вопросы совершенствования онкологической помощи населению Российской Федерации. Оживленную дискуссию вызвали такие темы, как развитие скрининговых программ для раннего выявления онкологической патологии, улучшение материально-технической базы онкологической службы, отражение задач Национальной онкологической программы в Российской Федерации в региональных программах, развитие высокотехнологичной специализированной помощи онкологическим больным, участие общественных организаций в выполнении Национальной онкологической

программы, развитие паллиативной и неотложной помощи онкологическим больным.

Стоит отметить, что, помимо теоретической части, в программу конференции вошли и практические занятия. Большой интерес вызвала школа по иммуногистохимической диагностике опухолей человека, мастер-классы с видеотрансляцией из операционной и возможностью задать вопросы в режиме реального времени по современным методам эндоскопической визуализации, брахитерапии.

### НУЖНЫ НОВЫЕ ОТКРЫТИЯ

На Всероссийской научно-практической конференции было объявлено об учреждении ежегодной премии в области онкологии - IN VITA VERITAS. Конкурс пройдет под эгидой Ассоциации онкологов России и при поддержке Ассоциации онкологических учреждений Приволжского федерального округа, он призван выявить и наградить лучших врачей-онкологов, а также создать неформальную площадку для обмена опытом специалистов. Главный онколог страны В.И. Чиссов выразил надежду, что премия станет стимулирующим фактором для новых открытий, направленных на качественную и продолжительную жизнь пациентов со злокачественными новообразованиями.

## МНЕНИЕ

Expert's  
INFO

**Валерий  
ЧИССОВ,**  
главный онколог  
России, директор  
Московского  
научно-  
исследовательского  
онкологического  
института  
им. П.А. Герцена,  
академик РАНН:



«В сегодняшней онкологии несколько главных проблем: организация раннего выявления злокачественного образования на том этапе, когда лечение опухоли сравнительно несложное и недорогое, но главное - эффективное, затем - разработка методов эффективной диагностики и последующего лечения...

В формате двух дней решить столь грандиозные задачи невозможно, но разработка ключевых моментов по этим вопросам - это уже половина победы. Почему местом проведения конференции вновь избрана Казань? Во-первых, казанская онкологическая школа всегда была одной из лучших в России. Во-вторых, здесь неплохо поставлены и диагностика, и лечение, и профилактика заболеваний. К тому же в этом году постановлением Правительства России Татарстан включен в программу по созданию Окружного онкологического диспансера (третьего в России после хабаровского и челябинского) на базе регионального онкодиспансера, что в Казани».



# Интерес к опыту и возможностям татарстанских онкологов растет

Статистика выявленных в Татарстане онкологических заболеваний показывает 30-процентный рост по сравнению с уровнем десятилетней давности. Специалисты-медики объясняют этот факт, прежде всего, принципиальным улучшением диагностирования, выявлением болезни на ранних стадиях и успешным лечением. Несомненные успехи онкологов Республики Татарстан уже стали предметом заинтересованного внимания их коллег по всей России. В частности, московские специалисты считают необходимым изучать и тиражировать татарстанский опыт организации медицинской помощи онкобольным.



## ТОЛЬКО ЦИФРЫ

Ежегодно в мире регистрируется более 10 миллионов случаев онкологических заболеваний, а к 2013 году это количество может увеличить до 15 миллионов. В России зарегистрировано более 2,5 миллиона онкологических больных, из них ежегодно умирает 300 тысяч человек. Специалисты и ученые продвигаются в поисках эффективных методов лечения болезни, но проблема по-прежнему стоит остро. В Татарстане в 2010 году количество впервые выявленных случаев злокачественных новообразований достигло 13 084 (в 2009 году - 12 460). В структуре заболеваемости лидируют опухоли молочной железы (12,6%), толстого кишечника (11,5%), кожи (10,9%), легких (10,3%), желудка (8,3%). Число больных, состоящих на учете с диагнозом ЗНО, составило 65 162 человека, т.е. каждый 58-й

житель республики (в 2009 году - каждый 61-й). В Казани в конце 2010 года на учете состояло 24 324 пациента, каждый 47-й житель (в 2009 году - 23 250, каждый 49-й).

## ТЕХНИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Для распознавания и лечения онкологического заболевания уже на начальной стадии необходим не только ответственный подход пациента к своему здоровью, но и эффективное для диагностики современное медицинское оборудование. И в этом отношении у Татарстана - несомненный прогресс. За последние два года система онкологической помощи в республике претерпела значительные изменения в ходе модернизации. Первым ее этапом стало открытие в Альметьевске в 2010 году поликлиники №3 РКОД. Капитально отремонтированное и дооснащенное современ-

ным медицинским оборудованием лечебное учреждение сняло для многих больных проблему поездки в Казань на обследование - первичная диагностика теперь выполняется на месте. Кроме этого, в обновленную, модернизированную поликлинику периодически приезжают специалисты из Республиканского клинического онкологического диспансера, чтобы провести прием пациентов. Другим направлением модернизации онкологической службы республики стала реконструкция радиологического корпуса РКОД, оснащение его комплексом оборудования для лучевой терапии и предлучевой подготовки пациента. Он включает медицинскую радиотерапевтическую систему, компьютерные томографы, гамма-терапевтический аппарат для дистанционной лучевой терапии, гамма-терапевтический аппарат для брахитерапии, систему трехмер-





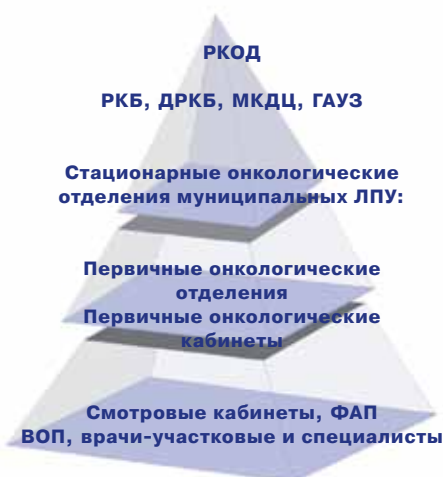
## ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛАСТЕР

Распределение обязанностей  
внутри онкологического кластера  
по уровням

Главное учреждение  
Три зоны ответственности  
Маршрутизация пациентов



Приближение онкологической помощи  
к населению. Повышение качества  
оказания услуг. Логистика.  
Дистанционный обмен информацией  
ЛПУ ПМСП, первичных ОК (ОО)  
и РКОД МЗ РТ.  
Предоставление информации  
в Федеральный регистр  
онкологических больных.



По поручению Президента РТ в проект дополнительно были включены помещения под центр позитронно-эмиссионной томографии. В последующем он послужил основой для создания Окружного онкологического центра на базе РКОД.

ного дозиметрического планирования, информационно-управляющую систему, анализатор дозного поля с комплектом дозиметрической аппаратуры, оборудование для патоморфологии и эндоскопическое оборудование. Основная часть оборудования установлена на клинической базе в Казани, а часть патоморфологического и эндоскопического оборудования - в Альметьевской поликлинике №3. Примечательно, что аппаратура работает в едином диагностическом цикле и едином информационном пространстве, что позволяет дистанционно проводить изучение цифровых микроскопических изображений опухолевых клеток.

По утверждениям специалистов, достаточное количество линейных ускорителей в нашей республике сделает этот вид терапии более доступным. К сожалению, в России подобной техники пока значительно меньше, чем того требует реальная ситуация с онкологической заболеваемостью. Дефицит связан, прежде всего, со стоимостью оборудования: далеко не все регионы страны могут позволить себе приобретение ускорителя за 200 миллионов рублей. В Татарстане это направление Национального проекта «Здоровье» удалось выполнить всего за год, объем предоставленных на эти цели средств из федерального бюджета составил 437 миллионов рублей, республиканское и муниципальное софинансирование онкологической программы - свыше 470 миллионов.

В настоящее время в Татарстане на основе государственной сети телекоммуникаций в 84 лечебных учреждениях создана консультативная диагностическая сеть почти на 600 рабочих мест, оснащенных компьютерной техникой и включенных в единое информационное поле. Она позволяет своевременно и качественно выявлять и подтверждать на местах злокачественные новообразования. Таким образом, можно утверждать, что улучшение диагностики и, как результат, уменьшение смертности стали возможными за счет совершенствования организации медицинской помощи. С июля 2010 года на базе медицинских учреждений Татарстана создано 68 первичных онкологических кабинетов и шесть первичных онкологических отделений.

## ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР

Здравоохранение использует все имеющиеся на сегодняшний день возможности в борьбе с онкологическими заболеваниями, проводит большую работу по их профилактике, предупреждению. Онкологи неустанно напоминают населению о необходимости проходить профилактические осмотры. Исследования входят в программу обя-



зательного медицинского страхования и делаются бесплатно, равно как и проводимая в рамках отраслевой программы Минздрава РТ маммография, которая помогает выявить на ранней стадии рак молочной железы у женщин в возрасте от 49 до 69 лет. Но, к сожалению, еще нередки случаи, когда, даже узнав о грозном диагнозе, больной не торопится начать полноценное лечение. В 2010 году доля пациентов, отказавшихся от лечения, в Татарстане составила 1,9 процента от всех впервые выявленных на первой и второй стадиях заболевания. Другой причиной некоторого роста онкологической заболеваемости является общее старение населения республики. И хотя считается, что рак молодеет, в действительности средний возраст онкобольного увеличился и составляет примерно 60 лет. Несмотря на все эти обстоятельства, абсолютный показатель заболеваемости в РТ ниже среднероссийского. В 2009 году он составлял по стране более 355 случаев на 100 тысяч жителей, в Татарстане только в 2010 году – 346 случаев на 100 тысяч. Смертность за этот же период выросла лишь на 0,5 процента. В 2010 году наметилась тенденция: в 50,6 процента случаев злокачественные новообразования начали выявлять на первой и второй стадиях (в 2009 году – 46,1%), причем онкологи уверены, что процент раннего обнаружения рака будет и дальше увеличиваться. Есть надежда, что успехи татарстанских медиков в борьбе с одним из страшных заболеваний будут способствовать и росту сознательности населения, которое, получив новые возможности для диа-

## НАУКА И ПРАКТИКА

Expert's  
INFO

Сегодня в Республиканском клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения РТ работают 15 докторов медицинских наук, 74 кандидата медицинских наук, пять лауреатов премии Правительства Российской Федерации, девять лауреатов Государственной премии Республики Татарстан. Коечный фонд диспансера – 906 коек. Развернуто 23 клинических отделения. На 27 операционных столах операционного блока ежедневно проводятся до 60 операций больным с опухолевой патологией. Ежегодно в стационаре диспансера специализированную медицинскую помощь получают более 24 тысяч больных. Диспансер располагает лабораториями, оснащенными медицинским оборудованием высочайшего уровня. В его составе – четыре поликлиники на 267,3 тысячи посещений в год, служба экстренной помощи онкологическим больным, два референс-центра – на базе иммуногистохимической лаборатории для лечебных учреждений Приволжского федерального округа и Республики Татарстан – для оценки рентгеномаммограмм.

На базе РКОД работают девять кафедр КГМА и КГМУ, Приволжский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН, Ассоциация онкологических учреждений ПФО. Диспансер является членом Европейской ассоциации онкологических учреждений.

гностирования и убедившись в высокой эффективности современного лечения, более ответственно отнесется к профилактике.

## БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Успехи в реализации проекта модернизации системы онкологической помощи в республике в 2010 году способствовали включению ее в проект создания Окружного онкологического диспансера. Он должен стать центральным в Приволжском федеральном округе и предлагать пациентам самые современные методы диагностики и лечения, имеющиеся на сегодняшний день лишь в нескольких ведущих федеральных клиниках.

«Мы долго к этому шли, – говорит главный онколог Республики Татарстан, главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера Рустем Хасанов. – На протяжении многих лет растили высококвалифицированный персонал, сегодня проводим школы для врачей по всей России, организуем международные и всероссийские научные конференции, осваиваем новые хирургические методики лечения, расширяем возможности диагностики. Планируется оснащение современным циклотроном, радиохимической лабораторией и другим уникальным оборудованием».

Включение в программу – это подтверждение доверия со стороны Минздрава РФ, и большая ответственность за ее реализацию лежит на Республике Татарстан. И, значит, нужно сделать все, чтобы оправдать это доверие.



# В центре внимания - женское здоровье



**Опыт сохранения женского здоровья поделились участники состоявшегося в Казани, в Учебном центре высоких медицинских технологий, семинара-совещания. Они по достоинству оценили успехи маммографического скрининга в Татарстане и инновационные решения, предложенные компанией PHILIPS.**

«Нет сегодня более важной проблемы, чем женское здоровье. От этого зависит все!» – таков был лейтмотив семинара. Особое внимание на нем было уделено раку молочной железы. Рост заболеваемости в России РМЖ в 1998 – 2008 годах с 37 до 43 случаев на 1000 женщин позволяет говорить о «тихой эпидемии». Наибольшей опасности подвергаются женщины старше 50 лет. По доле в общем количестве злокачественных опухолей рак молочной железы обогнал уже рак кожи и рак легкого, причем для мужчин и женщин суммарно. 7,7% больных умирают в первый год после установления диагноза. Оптимизм вселяет тот факт, что при раннем обнаружении РМЖ шансы на излечение увеличиваются.

С учетом этого фактора в Республике Татарстан была разработана целевая отраслевая программа «Снижение



смертности от рака молочной железы» на 2008 – 2010 годы. В ее основу вошли мероприятия по активному выявлению больных раком молочной железы на ранних стадиях заболевания с помощью маммографического скрининга, в ходе которого проявились все преимущества цифровой маммографии. Это возможность обработки изображения и формирования архива, отсутствие расходных материалов, быстрота, высокая пропускная способность, низкая лучевая нагрузка, наличие вспомогательных программ для прочтения МГ-снимков. Все эти возможности имеются у комплекса MammoDiagnost DR – инновационного решения компании PHILIPS, которая является одним из мировых лидеров в производстве медицинского оборудования.

За три года проведения скрининга было обследовано 32 тысячи женщин

(21% популяции). Выявляемость составила 0,61%, причем 80% опухолей выявлялись на I – II стадиях (по Российской Федерации – 62%). В 43% случаев размер узловой формы РМЖ не превышал 15 мм, в 11% не пальпировался при физикальном осмотре.

Как показывает мировой опыт, маммографический скрининг позволяет снизить смертность от РМЖ до 30 – 45%. Отмечена техническая готовность к популяционному скринингу в Республике Татарстан: здесь имеется 41 маммограф, ежегодно выполняется от 75 до 95 тыс. маммографий.

Возможности лучевой медицины не ограничиваются только диагностикой. В ее арсенале традиционные имеются и терапевтические методы. А компания PHILIPS на семинаре-совещании представила новую технологию Sonalleve MR HIFU для термоабляции фибриом матки под контролем магнитно-резонансного томографа. Во время процедуры ультразвуковые лучи направляются по всему объему облучаемых тканей внутри миомы, и благодаря сфокусированному энергетическому воздействию температура внутри тканей опухоли увеличивается до 60 °С, разрушая ткани миомы. Магнитно-резонансная визуализация используется для трехмерного планирования процедуры, температурного контроля во время абляции и последующего наблюдения за больной. Технология значительно снижает нагрузку на организм пациенток, к минимуму сводит болезненные ощущения во время процедуры, большинство из них возвращается к обычному ритму жизни в течение двух дней. \*

## УФ системы обеззараживания воздуха и поверхностей на основе применения амальгамных ламп - принципиально новые качества и возможности

Наряду с использованием традиционных методов обеззараживания воздуха и поверхностей в медицине, пищевой промышленности, на транспорте и в сельском хозяйстве все большее применение в мировой практике находит метод обеззараживания ультрафиолетовым (УФ) излучением. Обеззараживание УФ излучением удачно сочетает в себе высокую эффективность и безопасность. Этот способ является универсальным физическим методом, экологически безопасным, экономичным и удобным в эксплуатации. Он известен около 100 лет, однако широко применяется в течение последних 20 - 30 лет, после того как были разработаны и освоены в массовом производстве достаточно дешевые и эффективные источники бактерицидного УФ излучения. На основе этих источников разработаны различные типы оборудования: открытые настенные и переносные облучатели для обеззараживания воздуха и поверхностей в отсутствие людей, закрытые стационарные и передвижные рециркуляторы для обеззараживания воздуха в присутствии людей, а также универсальные переносные облучатели-рециркуляторы, конструкция которых позволяет использовать их и как открытые облучатели, и как закрытые рециркуляторы. Во всех этих приборах преимущественно применяются традиционные ртутные лампы низкого давления в «безозоновом» исполнении (при их работе в воздухе не образуется озон). Наряду с этими лампами делаются попытки промышленного применения импульсных ксеноновых ламп для открытых бактери-

цидных облучателей. Ксеноновые лампы компактны, обладают высокой единичной мощностью при работе в импульсно-периодическом режиме; не содержат ртути ни в какой форме, но в их спектре содержится значительная доля излучения с короткой длиной волны, которая может накапливать озон в воздухе. Ресурс этих систем пока на порядок ниже традиционных, сами лампы и устройства их питания отличаются высокой стоимостью.

В последнее время на первый план в качестве источника УФ излучения бактерицидного диапазона выходит новая модификация традиционных ртутных ламп низкого давления - амальгамные лампы. Мощность амальгамных ламп в несколько раз выше, чем у традиционных ртутных ламп при том же КПД и ресурсе (более 12 000 часов). Замена свободной ртути на ее амальгаму в лампе низкого давления позволила сделать ее более безопасной в производстве и эксплуатации, при разрушении колбы амальгамной лампы нет необходимости демеркуризации помещения; и поскольку давление паров ртути над твердой амальгамой на порядки ниже, чем над жидкой ртутью, то в воздух могут попасть пары ртути в количествах, существенно ниже ПДК. Появление амальгамных ламп позволяет создавать принципиально другие системы: более мощные, эффективные, компактные и безопасные.

В настоящее время, ввиду ужесточения требований к микробиологической чистоте воздуха в помещениях, прежде всего в медицине, а также в местах массового

скопления людей и в промышленности, все более широкое применение находят закрытые облучатели-рециркуляторы. В связи с этим сформировался ряд требований, предъявляемых к этим приборам. Это, прежде всего, компактность наряду с высокой бактерицидной эффективностью, производительностью и экологической безопасностью.

Немаловажное значение имеет то, из какого материала выполнен корпус (он должен быть устойчив к воздействию дезинфектантов и моющих средств) и какова внутренняя элементика прибора (многие материалы под воздействием УФ излучения деградируют и разрушаются). Плюс ко всему УФ излучение не должно выходить за пределы прибора, чем часто страдают дешевые версии УФ рециркуляторов. Всем этим требованиям соответствуют приборы НПО «ЛИТ». В результате многолетних исследований были отработаны конструкции приборов. Для предотвращения выхода УФ излучения за пределы рециркулятора разработана и запатентована защитная решетка, подобраны материалы, устойчивые к длительному воздействию УФ излучения. Ввиду высокой единичной мощности амальгамной лампы (в 5 - 6 раз выше, чем у традиционных ртутных ламп при одинаковых габаритах) обеспечивается большая плотность энергии в «световом котле» рециркулятора, что позволяет обеспечивать высокую бактерицидную эффективность при малых габаритах. Всех этих достоинств лишено большинство приборов с традиционными ртутными лампами.





## ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕНОСНЫЕ ОБЛУЧАТЕЛИ «СВЕТОЛИТ 50», «СВЕТОЛИТ 90»

Открытые переносные облучатели серии «СВЕТОЛИТ» предназначены для обеззараживания воздуха и поверхностей УФ излучением на основе применения амальгамных ламп высокой интенсивности. Переносные облучатели серии «СВЕТОЛИТ» обеспечивают быстрое и эффективное обеззараживание в помещениях, где затруднено или малоэффективно применение настенных или потолочных типов облучателей, а также облучателей, принцип работы которых основан на импульсном направленном действии без возможного охвата всего объема помещения.

Облучатели серии «СВЕТОЛИТ» являются уникальными приборами большой производительности – 400 и 700 м³/час, соответственно, при бактерицидной эффективности 99,9 по SA. Конструктивные особенности прибора дают возможность широкого применения в медицине. (Данные, характеризующие эффективность работы облучателей, представлены в таблице №1.)

**Таблица №1**

Объем помещения, м³	Время работы установки (мин.) для достижения бактерицидной эффективности по SA			
	«СВЕТОЛИТ 50»		«СВЕТОЛИТ 90»	
	99%	99,9%	99%	99,9%
50	5	8	3	4
100	10	16	6	9
150	16	24	9	13
200	21	31	12	17
250	26	39	14	22
300	31	47	17	26



## РЕЦИРКУЛЯТОР-ОБЛУЧАТЕЛЬ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПЕРЕНОСНОЙ СЕРИИ «СВЕТОЛИТ АЭРО»

Отличительной особенностью переносного рециркулятора-облучателя серии «СВЕТОЛИТ АЭРО» является возможность его использования как в качестве рециркулятора для обеззараживания воздуха помещений в присутствии людей, так и переносного открытого облучателя для эффективного обеззараживания воздуха и поверхностей помещений различных объемов.

Универсальность данного рециркулятора-облучателя позволяет использовать его во всех помещениях различной категории и различных объемов для достижения высокой степени обеззараживания помещений с бактерицидной эффективностью до 99,9% за максимально короткое время. Во время работы прибора в режиме открытого переносного облучателя встроенный вентилятор увеличивает эффективность обеззараживания воздуха за счет перемешивания. Производительность при бактерицидной эффективности 99,9% по SA – 200 м³/час (закрытый тип) и 400 м³/час (открытый тип).

Наличие дистанционного пульта управления позволяет не только задать определенное время обработки помещения, но и служит элементом безопасности при включении и выключении оборудования.



## РЕЦИРКУЛЯТОРЫ БАКТЕРИЦИДНЫЕ СЕРИИ «АЭРОЛИТ»

Рециркуляторы серии «АЭРОЛИТ» предназначены для обеззараживания воздуха УФ излучением и предотвращения распространения инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Бактерицидные рециркуляторы работают в присутствии людей и животных. Продолжительность их работы определяется в соответствии с требованиями санитарно-гигиенических норм или технологического процесса на производстве. Рециркуляторы превосходно подходят для создания локальных воздушных зон повышенной чистоты в помещениях как малого, так и большого объема. За время работы рециркуляторы серии «АЭРОЛИТ» зарекомендовали себя как простые, удобные и надежные в эксплуатации с большим сроком службы. Производительность при бактерицидной эффективности 99,9% по SA – 200 м³/час («АЭРОЛИТ 200») и 400 м³/час («АЭРОЛИТ 400»).

Таким образом, сегодня НПО «ЛИТ» предлагает широкую гамму сертифицированного современного УФ оборудования для решения multifunctional задач по обеззараживанию воздуха и поверхностей в различных медицинских, производственных и муниципальных учреждениях. Применение современных амальгамных ламп высокой мощности дает принципиально новые качества и возможности в эффективном и безопасном применении УФ систем. \*

# Санитарно-эпидемиологическая арифметика

**Более двух лет назад на российском рынке появилось уникальное, экономически эффективное средство для больничной гигиены и профилактики внутрибольничных инфекций - материал «Биоластик», разработанный компанией «ИНТЕРСЭН-плюс».**

Применение наматрасников из «Биоластика» существенно экономит средства, затрачиваемые на дорогостоящую обработку и закупку новых матрасов. Экономический эффект достигается за счет снижения расходов на их камерную обработку, транспортировку, хранение, закупку новых матрасов.

Указания по применению чехлов, наматрасников, подкладочных пеленок, а также все затратные составляющие содержатся в СанПиНе 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Вот некоторые основные требования к ним. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения постельные принадлежности должны обрабатываться в других профильных организациях. Пациенты с инфекцией любой локализации, вызванной метициллин (оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, - подлежат изоляции в боксах. При работе

с такими больными медперсонал должен соблюдать основное правило: проводить после выписки пациента заключительную дезинфекцию, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха.

Кроме этого, транспортировка белья должна быть механизирована, стирка осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медучреждения.

Чистое белье из прачечной и грязное белье в прачечную должно транспортироваться в упакованном виде (контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения матрасы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для матрасов чехлов из материала, допускающего влажную дезинфекцию, их камерная обработка не требуется. В ЛПУ должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

Белье пациентов подлежит замене по мере загрязнения. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, подкладных пеленок - не менее 4 - 5 раз в сутки и по необходимости. Перед возвращением пациента в палату после операции смена белья обязательна, а также до прекращения выделений из ран. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, а также в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простынями, подкладными пеленками).

Выполнение всех этих требований, безусловно, требует немалых расходов. Но их можно значительно минимизировать, используя предлагаемую компанией «ИНТЕРСЭН-плюс» продукцию из материала «Биоластик». И в этом убедились в Минздраве РТ, куда было направлено такое предложение.

Не следует также забывать, что, наряду с этим, уменьшается и нагрузка на персонал, ежедневно занимающийся транспортировкой, уходом, размещением, сменой загрязненных матрасов и т. д.

Расчеты компании «ИНТЕРСЭН-плюс» основываются на цифрах, указанных в про-

**«Биоластик» представляет собой эластичное полотно из микропористого полиуретана, который хорошо пропускает воздух, но непроницаем для влаги. Он используется для изготовления наматрасников (а также чехлов для подушек и подкладочного полотна), которые препятствуют загрязнению матраса и передаче инфекции к человеку. Материал «Биоластик» легко обрабатывается, стирается, автоклавируется, протирается, хорошо выдерживает механические нагрузки и рассчитан на длительную, до трех лет, эксплуатацию.**





**Роза ДОЛГОВА,**  
главный эпидемиолог Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан:  
«Одна из главных задач медучреждений – обеспечить  
эпидемиологическую безопасность пациентов,  
не допустить возникновения внутрибольничных  
инфекций (ВБИ). Наряду с другими разделами

их профилактики, госпитальная гигиена предъявляет требования по обеззараживанию постельных комплектов (матрасов, подушек и одеял) после выписки каждого больного. К сожалению, это делается очень неудовлетворительно. Сегодня все больше медучреждений начинают переходить на использование наматрасников из материала, допускающего дезинфекцию и паровую стерилизацию. Это позволяет значительно экономить на затратах, идущих на камерную обработку, транспортировку, хранение и закупку матрасов, облегчить труд медицинского персонала. Использование наматрасников и подкладочного полотна регламентировано требованиями СанПиНа 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

токоле медицинских испытаний в условиях ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» (республиканские и районные кожно-венерологические диспансеры) и затратах, связанных с камерной обработкой, дезинфекцией и закупкой новых матрасов взамен пришедших в негодность. В затратную часть при расчете не включены транспортировка, хранение, автоматизация и механизация процесса, замена, хранение, трудозатраты и т.д.

При расчете за основу были приняты данные, которые применимы ко всем субъектам Российской Федерации, от минимальных до максимальных значений.

По данным МЗ РТ, за 2010 год коечный фонд составил 28 189. Через стационарные койки круглосуточного пребывания прошло 825 776 зарегистрированных больных, среднее пребывание которых составило 11,7 дня. Из чего следует, что каждый матрас в среднем 31 раз в год подвергался камерной обработке.

На примере ГМУ РКВД за 2010 год (коечный фонд – 537, зарегистрированных больных – 7098, среднее пребывание – 17 дней, кратность камерной обработки матраса – 20 раз в год), на камерную обработку каждого матраса, согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 после выписки (или смерти) больного, затрачивается около 300 рублей. Без учета транспортировки, хранения, закупки новых матрасов, трудозатрат в ГАУЗ РКВД по РТ было израсходовано 3 млн 222 тыс. рублей. Экономический эффект при использовании наматрасников из материала «Биоластик» составит 2 млн 507 тыс. 11 рублей только на камерной обработке матрасов. Если сложить все затраты (транспортировка, хранение, камерная обработка матрасов, использование отдельного транспорта и его санитарная обработка после перевозки, трудозатраты и затраты на персонал, энергетические и т.д.), сумма увеличится в несколько раз. Нетрудно подсчитать, какая экономия будет при учете гарантийного срока эксплуатации в три года. Уже на второй год использования наматрасников из материала «Биоластик» экономия составит около 3 млн 936 тыс. 989 рублей.

Вот такая санитарно-эпидемиологическая арифметика...



#### О КОМПАНИИ

ООО «ИНТЕРСЭН-плюс» – российский производитель дезинфицирующих средств нового поколения, разработанных совместно с ведущими научно-исследовательскими учреждениями, и которые в полной мере решают проблему больничной и коммунальной гигиены. Компания «ИНТЕРСЭН-плюс» была создана в 1997 году. В 2003 году она стала членом Национальной организации дезинфекционистов (НОД), с 2005 года входит в Совет производителей дезинфицирующих средств. В 2009 году Национальная организация дезинфекционистов назвала «ИНТЕРСЭН-плюс» «Лучшей организацией дезинфекционного профиля». За более чем 12 лет работы компания установила надежные партнерские отношения со многими российскими и зарубежными лечебно-профилактическими учреждениями.



# Biolastic®

Незаменимая деталь больничной гигиены



**ИНТЕРСЭН®**  
НАУКА И ПРОИЗВОДСТВО **ПЛЮС**

#### Основные характеристики

- Приятный для кожи дышащий материал;
- Обеспечивает хорошую фиксацию постельного белья;
- Прочная и эластичная ткань, не рвется и не сминается в складки;
- Характеризуется длительным сроком службы;
- Можно стирать, сушить в сушильных машинах;
- **Устойчив к автоклавированию;**
- Не обладает токсическим и аллергенным действием на пациента.

#### Указания по эксплуатации

Температура для стирки **Biolastic** +95°C;  
Не обрабатывать препаратами, содержащими альдегиды;  
Не гладить;  
Машинная сушка до +120°C, возможна сушка в камере при температуре до +105°C (1 мин);  
Температура автоклавирования до +130°C.

#### Экономическая эффективность

- **Прямая экономия ≈ 7200 рублей в год** для одного наматрасника (сокращение затрат на камерную дезинфекцию, трудозатраты, транспортировку, наличие и хранение обменного фонда, закупку новых матрасов и продления срока их эксплуатации);
- Предотвращение затрат, связанных с внутрибольничными инфекциями;
- Повышение качества ухода и оказания медицинской помощи.

#### Область применения

- Стационарные отделения ЛПУ (отделения реанимации и интенсивной терапии, хирургии, гинекологии, роддома, детские отделения, хосписы и др.);
- Амбулаторно-поликлинические учреждения (съемное покрытие смотровых коек);
- Интернаты, дома инвалидов и престарелых, детские учреждения и т.д.;
- Санатории, профилактории, дома отдыха, летние лагеря и др.



Ассоль ИВАНОВА,  
глава корпорации «Мириадас»



# Проблема решаема

**Разговаривая со многими медицинскими работниками, нередко слышу о своей деятельности: «Да, мы знаем, слышали, что иглы трогать нельзя!..» И это радует - прогресс есть. Но проблема обращения с подобного вида медицинскими отходами пока еще остается острой.**

Медицинские отходы согласно разделу II. «Классификация медицинских отходов» санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.7.2790-10 от 09.12.2010 г. подразделяются на несколько классов. Более 70% медицинских отходов относятся к классу А и не представляют опасности, чего не скажешь об отходах классов Б, В, Г и Д, представляющих эпидемиологическую, экологическую, химическую и радиационную опасность.

Спокойнее ситуация с отходами классов Г и Д, по составу они приближены к промышленным и радиоактивным отходам и, как правило, собираются с особой осторожностью, контроль над ними установлен жесткий. Наиболее остро стоит проблема обращения с медицинскими отходами классов Б и В - эпидемиологически опасными и чрезвычайно эпидемиологически опасными. Они образуются при контакте с биологическими жидкостями больных или потенциально больных людей, например, во время взятия крови, операции, перевязки. Любая из этих процедур может проводиться с человеком, зараженным опасным инфекционным за-

болеванием. Результат выявляется уже после проведения манипуляции, т.е. во время проведения процедуры медицинский работник подвергается риску.

Средний медперсонал - это одна из групп риска возникновения внутрибольничной инфекции (ВБИ), в данной ситуации вследствие нарушения СанПиН 2.1.7.2790-10 при проведении лечебных или профилактических процедур. ВБИ может распространяться через пациентов, получающих медицинскую помощь от медицинской сестры, уже имевшей контакт с инфицированным человеком. ВБИ также может возникнуть среди младшего медперсонала (санитарки, лица, ответственные за обращение медицинских отходов), занимающегося транспортировкой, обеззараживанием, обезвреживанием или утилизацией медицинских отходов.

К особой группе риска возникновения и распространения инфекционных заболеваний вследствие контакта с медицинскими отходами, непричастной непосредственно к медицине, можно отнести жителей близлежащих к лечебному

учреждению домов, сотрудников организаций, заключивших договора на вывоз и обезвреживание медицинских отходов, лиц без определенного места жительства, посещающих полигоны ТБО, ну и, наконец, самых неконтролируемых - представителей животного мира - птиц, грызунов, кошек, собак и прочих.

Получается, что одна игла, контактировавшая с кровью больного человека, может вызвать череду заражений при халатном отношении к процессам образования, герметизации, перемещения, хранения и обезвреживания медицинских отходов.

На этапе образования отходов происходит первая и самая опасная ошибка: после инъекции иглу со шприца снимают руками, что запрещено. Медицинский работник, уколотившись иглой или имеющий трещинку на поверхности руки, может моментально заразиться инфекцией, которая в тот момент времени еще не диагностирована. Вторая ошибка: отсутствие изоляции отходов в местах их образования. Наш опыт показывает, что не во всех лечебных учреждениях города Казани и Республики Татарстан потенциально инфицированные отходы хранятся в герметичной упаковке. Именно это нарушение рождает череду возможностей возникновения и распространения инфекционных заболеваний у той особой группы риска, которая даже не имеет отношения к медицине.

Согласно СанПиН 2.1.7.2790-10 после проведения медицинских процедур от-





**После проведения медицинских процедур одноразовый инструмент необходимо сразу же изолировать от окружающей среды, это может достигаться герметизацией или блокировкой специальной тары, предназначенной для сбора медицинских отходов.**



## О КОМПАНИИ

About  
COMPANY



ходы необходимо сразу изолировать от окружающей среды, это может достигаться герметизацией или блокировкой специальной тары, предназначенной для сбора медицинских отходов. Только в закрытом виде, в специальных не прокалываемых и герметичных контейнерах или прочных герметично закрытых пакетах, отходы можно перемещать по лечебному учреждению и выполнять манипуляции по их обезвреживанию. То есть обезвреживанию подвергаются уже закрытые от окружающей среды отходы, это достигается применением предназначенных для обезвреживания отходов технологий. У нас же чуть ли не моют потенциально опасные отходы руками. Все из-за устаревших методов обеззараживания - дезинфекции, которая действующим СанПиНом разрешена только как промежуточное звено обращения с отходами, т. к. дезинфектант фактически не убивает

споры инфекций, и поэтому обезвреживание не достигается, перед захоронением или вторичным использованием обязательны деструкция и обезвреживание.

По всем аспектам проблемы сегодня необходимо объединить усилия и разработать комплексную систему обращения с медицинскими отходами по всей республике. Такая система позволит, с одной стороны, интегрировать в структуру деятельности медицинских работников всех уровней санитарные правила по обращению с медицинскими отходами, разработать адекватные меры контроля соблюдения требований законодательства. С другой стороны, при должном финансировании, в том числе оснащении тарой, инвентарем и обезвреживающими установками, она позволит устранить обращение с медицинскими отходами из списка факторов, приводящих к инфицированию опасными болезнями. \*

«Мириада» - производственно-торговая компания, специализирующаяся на производстве полиэтиленовой, полипропиленовой, картонно-бумажной продукции для утилизации разнообразных отходов, металлообработке. «Мириада» работает в трех основных направлениях: медицинском, хозяйственном и образовательном. Тесное партнерство компании с потребителями ее продукции позволяет лучше понимать потребности и более качественно их удовлетворять. «Мириада» всегда рада любым предложениям и замечаниям, это помогает ей совершенствовать свою текущую деятельность и развивать новую.

# Всё остается людям



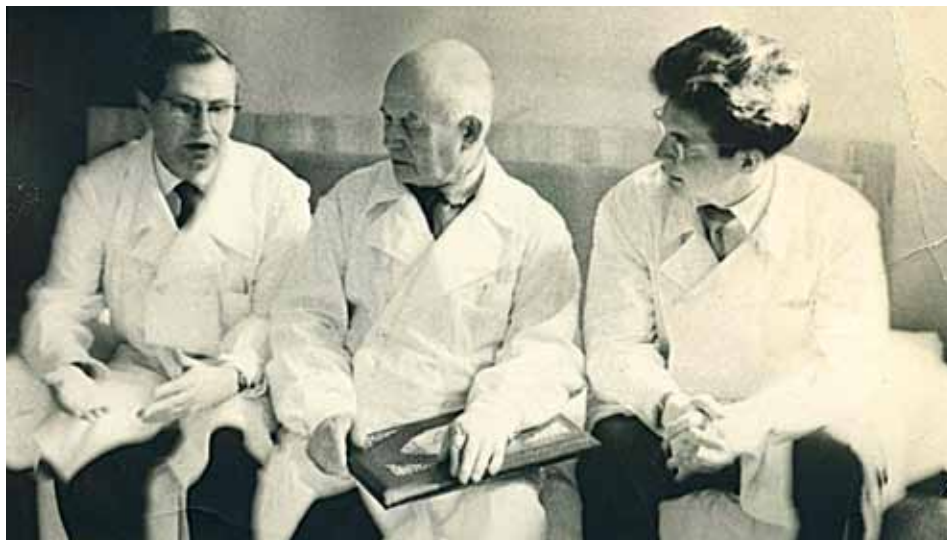
**Главный ревматолог Татарстана, вице-президент Ассоциации ревматологов России, член-корреспондент Академии наук РТ, заведующий кафедрой госпитальной терапии Казанского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки РТ, заслуженный врач РФ и РТ, лауреат Государственной премии РТ. Все эти регалии уместились в одну жизнь - жизнь великолепного врача, выдающегося ученого, талантливого организатора здравоохранения и педагога, профессора Ильдара САЛИХОВА.**

Идея публикации, посвященной Ильдару Газимджановичу Салихову, возникла не случайно. Прекрасный повод - 70-летний юбилей талантливого, выдающегося и любимого всеми врача. Для всего медицинского сообщества, коллег, друзей он был не просто ученым, но человеком, встреча с которым становилась настоящим подарком. Он буквально излучал оптимизм, относился к людям с большой доброжелательностью, умел выслушать, помочь советом. «Легенда здравоохранения» - это как раз про него.

Именно таким он запомнился и многочисленным участникам состоявшейся в июне этого года в Казани научно-практической конференции, посвященной проблемам ревматологии, на которую приехали специалисты со всей России, и которая совпала с днем его рождения. Но жизнь распорядилась иначе - буквально через месяц после конференции Ильдара Газимджановича не стало. Утрата безмерна, она привела в смятение, шокировала многих, кто рядом с ним жил, трудился, учился.

Отдаем дань светлой памяти Ильдара Газимджановича Салихова. Воспомина-

ниями о некоторых моментах жизненного пути коллеги, друга поделился заведующий кафедрой гигиены, медицины труда и медицинской экологии КГМУ, доктор медицинских наук, академик РАМН, профессор Наиль Хабибуллович АМИРОВ.



**М**ое первое знакомство с Ильдаром Салиховым состоялось в 60-е годы, когда я еще был аспирантом. В начале учебного года в лаборатории кафедры нормальной физиологии появился спокойный, спортивного телосложения, с рыжеватой шевелюрой молодой человек. Познакомились. Им и оказался тот самый Ильдар, дружба с которым связала нас на многие годы. К слову сказать, кафедра физиологии была удивительным центром многочисленных контактов и, в первую очередь, студентов и молодых ученых, так или иначе связанных по тематике с физиологией. Среди них был и наш друг Вадим Афанасьев, который буквально с остервенением «грыз гранит науки». В нашей группе были также Ефим Цинберг (целевой аспирант с кафедры патофизиологии), ординатор-терапевт Володя Новичков. Вечерами, в свободное время, мы стремились попасть на физиологию. Задавал тон всему Герман Иванович Полетаев (доктор медицинских наук, был заведующим кафедрой биологии и генетики). Находили время для спорта: лыжи, бассейн, баскетбол и др.

Как известно, настоящий друг познается в беде. Вадим Афанасьев, который заканчивал кандидатскую диссертацию, заболел. Была выявлена тяжелая форма ревматоидного артрита. Видимо, организм просто не выдержал перегрузок. Мы ему говорили: «Вадим, сбавь обороты!» Но он нас не слушал. Его родные жили далеко от Казани, в другом городе, и первым ему на помощь пришел Ильдар. Каждый день носил в больницу все, что нужно: еду, бумаги (он и здесь продолжал работать) и многое другое, не оставляя его, пока болезнь не отступила.

Ординатуру Ильдар Салихов проходил на кафедре факультетской терапии, которой заведовал профессор Залман Израилевич Малкин. Ильдар всегда с восторгом рассказывал о работе в клинике, о своем руководи-



теле. Залман Израилевич был удивительным человеком, со своим подходом к людям и особенно пациентам. Всегда внимательно, вдумчиво выслушивал, выстраивал с ними доверительные отношения, досконально узнавая все о недугах. Сбор анамнеза – один из ключевых моментов в отношениях с больным, и это искусство он в полной мере передал Ильдару Салихову. В то время мы не располагали такой медицинской техникой, как сейчас, и формирование подобных подходов было жизненной необходимостью. Сегодня врачи все больше полагаются на инструментальные методы исследований, многое пытаются стандартизировать, но значимость изучения истории больного и формирования доверительных отношений с ним от этого не становится меньше.

По окончании ординатуры Ильдар Салихов стал ассистентом кафедры факультетской терапии. Это было большой честью для молодого врача, и то, что он был приглашен на кафедру, говорит о его способностях. Вообще, Ильдар Газимджанович был талантлив во всем, а не решаемых задач для него просто не было. И это касалось не только врачебного дела. Как-то мы отдыхали в институтском спортивно-оздоровительном лагере. В одном из его корпусов стоял старенький бильярд-

вагончик со специалистами различного профиля, работать нередко приходилось круглосуточно. В месяц до 350 преподавателей и студентов нашего института приезжало в Челны, чтобы обеспечить всех строителей медицинской помощью.

У Ильдара Газимджановича Салихова сразу же сложились хорошие отношения с генеральным директором «КАМАЗа» Львом Борисовичем Васильевым. Медиков он мог принять и днем, и ночью. Обсудив текущие вопросы, любил сразиться с Салиховым в шахматы. Лев Борисович – сильный шахматист, и Ильдару Газимджановичу далеко не всегда удавалось переиграть его. Но в ответственный момент он мог сконцентрироваться, и в сложной ситуации, казалось, сами шахматные фигуры приходили ему на помощь. По окончании строительства Ильдар Салихов получил знак ударника строительства «КАМАЗа», а теплые отношения с коллегами из Набережных Челнов у него остались на всю жизнь.

Одно из важнейших качеств врача – уметь принять решение, от которого зависит жизнь больного. Как правило, в сложных ситуациях для выбора тактики лечения собирается консилиум, и здесь самое сложное – взять на себя личную ответственность за исход лечения. Ильдар Газимджанович умел это

диагноз – инфаркт миокарда. Срочно был вызван Ильдар Газимджанович. Он приехал, несколько дней наблюдал за состоянием больного, а потом сделал заключение об отсутствии инфаркта миокарда. Больному было разрешено вернуться назад вместе со всеми членами совещания.

В 1983 году Ильдару Салихову исполнилось 42 года, и ректор Ханиф Сабирович Хамитов назначил его руководителем кафедры внутренних болезней №1. Нужно сказать, что для того времени такое назначение было буквально сенсацией. На моей памяти до этого никто моложе 50 лет не становился заведующим, особенно терапевты, ведь основа их работы – это многолетняя практика, опыт, а у Ильдара Газимджановича все



это было. И здесь он проявил себя как талантливейший руководитель. Работа любой кафедры ведется в трех направлениях – лечебном, учебном и научном. Кафедра, которую возглавлял Салихов, была одной из самых больших в нашем вузе. Он смог так организовать ее работу, что ни одно из этих направлений не было забыто. Каждый преподаватель остался практикующим врачом, одновременно ведя научную работу.

За годы его руководства кафедра обрела большой авторитет в медицинском сообществе, получив множество наград. Главным же показателем стало то, что студенты всегда стремились попасть в интернатуру, ординатуру, аспирантуру к Ильдару Газимджановичу Салихову. Все знали, что здесь предъявляются очень высокие требования, и возможностей для получения практического опыта будет много. При этом к любому молодому врачу Ильдар Салихов относился как к своему коллеге, на равных.

Несмотря на напряженный график работы, большую научную деятельность, Ильдар Газимджанович находил время побыть с близкими, любимой женой, дочерью, внуками. Примерный семьянин и надежный друг – и это тоже про него.

Медицинское сообщество потеряло личность, вокруг которой кипела жизнь, рождались интересные идеи, формировалось новое поколение талантливых молодых ученых. Мириться с этим трудно, поверить невозможно. Ильдара Газимджановича нет, но всё его огромное наследие осталось с нами как завещание, как наказ особенно молодому поколению медицинских работников – честно служить людям, стране.



**Несмотря на напряженный график работы, большую научную деятельность, Ильдар Газимджанович Салихов находил время побыть с близкими, любимой женой, дочерью, внуками. Примерный семьянин – и это тоже про него.**

ный стол. Я предложил ему сыграть партию и с удивлением понял, что и здесь он является профессионалом.

В 1970 году в Набережных Челнах активно шло строительство Камского автомобильного завода, и Ильдара Салихова отправили туда, возложив на него руководство оказанием лечебной помощи строителям автогиганта, в том числе высшему руководству. Ответственность была высочайшая – на всесоюзную стройку постоянно приезжали первые лица страны. Работа велась в полевых условиях, на стройплощадке стояло несколько

делать. И полагался он всегда исключительно на свои обширные знания, богатейший опыт и мнение коллег. Показателем в этом отношении случай, который произошел, кажется, в 1974 году в Самаре на совещании представителей медицинских вузов СССР. Участвовали делегации 95 институтов страны, каждый из которых был представлен ректором, секретарем парторганизации и проректором по учебной работе. И вот во время проведения этого масштабного мероприятия нашему секретарю парткома стало плохо. Самарские врачи поставили ему



# Гордость и слава отечественного здравоохранения



**Середина лета** - традиционное время чествования медицинских работников, подведения итогов их деятельности. В этом году медики Татарстана снова оказались на высоте - четверо из них стали победителями престижной Всероссийской премии «Призвание», а шестеро - лауреатами Республиканской премии «Ак чэзэклэр. «Врач года-2011».

Спасенная жизнь для врачей важнее любой, самой престижной награды. Но и признание коллег имеет для них большое значение. Как отметил министр здравоохранения Республики Татарстан Айрат Фаррахов, «конкурс создает серьезные стимулы для повышения профессионального мастерства сотрудников медицинских учреждений, внедрения новых форм работы. Специалисты здравоохранения, наилучшим образом проявившие себя, получают весьма значимое общественное признание своего благородного труда, имеющее и материальное, и моральное выражение. Достижения победителей конкурса популяризируются, а это способствует распространению ценного опыта на другие медицинские учреждения».

Премия «Призвание» с 2001 года вручается лучшим врачам России, составляющим славу и гордость отечественного здравоохранения. Поздравляя лауреатов, министр здравоохранения

и социального развития РФ Татьяна Голикова сказала: «Вы работаете во имя жизни и здоровья, а мы, со своей стороны, можем способствовать этому и помогать вам во всем».

Среди тех, кто в этом году был удостоен премии «Призвание», - онкологи из Москвы, специалисты по детскому сколиозу из Новосибирска, эндокринологи из Санкт-Петербурга, Тюмени и Красноярска, работающие в новом направлении лечения гормональных опухолей, психиатры института им. В.П. Сербского, занимающиеся лечением травматических психических расстройств после терактов, математики МГУ, авторы нового метода диагностики сердца, а также группа инженеров-металлургов из Москвы, Кемерово и Ставрополя, разработавших уникальный прибор по очистке воздуха.

Отрадно высокое представительство среди награжденных медиков из Татарстана. В номинации «Лучший сельский врач» победу одержала врач Чисто-

польской ЦРБ Светлана Гатаулина. За ее плечами - 30-летний трудовой стаж в сфере здравоохранения. С 1992 года она - врач общей практики с. Каргали. За последние пять лет работы Светланы Гатаулиной в этом селе существенно снизились показатели смертности населения.

В номинации «Лучший врач психиатр-нарколог» II место заняла врач Республиканской клинической психиатрической больницы Татьяна Малыгина. В 2005 году она возглавила одно из первых в России отделений первого психотического эпизода, грамотно и умело внедрила полипрофессиональный метод при оказании помощи впервые заболевшим и их семьям.

На III месте среди врачей спортивной медицины - Гульнара Янышева, заместитель главного врача по организационно-методической работе Республиканского центра медицинской профилактики. Она имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Лечеб-





ная физкультура и спортивная медицина».

В номинации «Лучший нейрохирург» III место занял заведующий нейрохирургическим отделением МКДЦ, к.м.н., врач высшей категории, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии КГМУ Андрей Алексеев. Он является лидером направления впервые введенной в Приволжском федеральном округе методики транскраниального клипирования аневризм головного мозга. Им впервые в Татарстане выполнены и внедрены многие сложные высокотехнологические операции.

Кроме того, специальная премия 1-го телевизионного канала присуждена команде детских кардиохирургов ДРКБ под руководством д.м.н. Леонида Миролюбова. Эти врачи спасли жизнь двухмесячному ребенку: в ходе уникальной операции была удалена опухоль размером 6 см в правом желудочке сердца и выполнено системно-легочное шунтирование для обеспече-

ния нормального легочного кровотока. Сегодня этому малышу уже почти два года. В прошлом году кардиохирурги ДРКБ также стали лауреатами премии «Призвание» в номинации «За создание нового направления в медицине».

Выбор победителей Республиканского конкурса «Ак чэзклэр. Врач года-2011», по признанию министра здравоохранения РТ Айрата Фаррахова, был нелегким. На его взгляд, о каждом из конкурсантов можно было бы написать «Повесть о настоящем человеке». Но все правила были соблюдены, и в каждой номинации определен победитель.

«Врачом года-2011» стал заведующий отделением лучевой диагностики МКДЦ Мурат Ибатуллин. С этим признанием его тепло поздравил Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов. В сферу научных интересов победителя конкурса входят вопросы современной визуализации с применением методов компьютерной диагностики и стереотаксических операций при очаговых

поражениях головного мозга. Он является автором более 160 научных работ, одного изобретения и 11 рационализаторских предложений отраслевого значения.

Специального приза Президента Татарстана - автомобиля Fiat Albea - был удостоен заведующий реанимационным отделением Арской ЦРБ Ренат Урманов. Его анестезиологические навыки помогли снизить госпитальную смертность от инсультов с 8,6 до 6,7%, что является самым низким показателем по республике, развить в больнице службы реанимации новорожденных.

В номинации «Лучший врач первичного звена» победителем стала участковый врач-педиатр детской городской поликлиники №2 Набережных Челнов Нурия Файзуллина. Медицинским работником года признан фельдшер Новоусинского ФАП Муслумовской ЦРБ Альберт Тимашев. «Медицинским учреждением года» названа Балтасинская ЦРБ.

В номинации «Уникальный случай» пальма первенства была отдана коллективу врачей ДРКБ - Владимиру Линькову, Яхьи Мустафиной, Игорю Закирову, Маргарите Чебышевой. Они практически вернули с того света пострадавшего на пожаре 10-летнего мальчика, у которого было обожжено 80% тела. Ребенку было сделано девять операций по пересадке кожи и трахеостомии.

Начальник Главного управления МЧС РФ по РТ Рафис Хабибуллин вручил также ведомственную награду врачу Станции скорой медицинской помощи Казани Владимиру Исаеву - своевременно оказанная им помощь спасла жизни девяти пострадавших.

«Легендой здравоохранения» названа врач-дерматовенеролог поликлинического отделения №3 Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера Вера Марачковская. Во время ее награждения зал аплодировал стоя. Стаж работы Веры Ильиничны в системе здравоохранения - 62 года. Будучи главным врачом Республиканского кожно-венерологического диспансера, она в 70 - 80-х гг. создала в Татарстане лучшую в СССР систему профилактики венерических заболеваний.

Обращаясь к медицинским работникам, глава республики Рустам Минниханов сказал: «Для всех нас самое главное - это жизнь людей, их здоровье. Вы являетесь теми людьми, которые помогают сохранить наше здоровье. Мы будем поддерживать вас во всем. Спасибо вам за ваш труд!»



Он проходил аспирантуру в Ленинграде, работал нейрохирургом в Уганде, в Казани одним из первых в России освоил методы томографии. И все это время продолжал на профессиональном уровне заниматься музыкой. За добросовестное выполнение долга и гуманизм в профессии заведующий отделением лучевой диагностики МКДЦ Мурат Масгутович ИБАТУЛЛИН признан «Врачом года-2011».



#### ПУТЬ НЕЙРОХИРУРГА

Впервые с медициной во всех ее проявлениях Мурат Ибатуллин столкнулся в качестве пациента, когда еще в детстве попал в число пострадавших от одной из последних эпидемий полиомиелита и провел долгие месяцы в больницах и санаториях. А став врачом, выработал для себя четкую позицию - надо уметь ставить себя на место больного, всегда быть доброжелательным и тактичным, потому что эмоциональное состояние больного неустойчиво, и каждая мелочь может его нарушить.

Участь в Казанском государственном медицинском институте, с первого курса понял, что хочет стать хирургом. Уже на третьем курсе в городской больнице №15 ему доверяли делать серьезные операции. Интерес к нейрохирургии привел его в аспирантуру Ленинградского нейрохирургического института им. А.Л. Поленова, где в 1981 - 84 гг.

# Доктор Джаз





Мурат Ибатуллин защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Многоосевая эхоэнцефалография в системе диагностики и хирургического лечения опухолей головного мозга».

– Я и сейчас учу своих интернов так, как нас учили в ЛНХИ, и как это делается на Западе – минимум лекций, которые вгоняют в сон, и больше практики, самостоятельной работы, – объясняет Мурат Масгутович. – Мы в аспирантуре днем работали как нейрохирурги, а вечером – наука, обзор литературы, посещение библиотеки им. М.Е. Салтыкова-Щедрина.

Значительной вехой в становлении Мурата Масгутовича Ибатуллина как профессионала и человека стала работа в 1987 – 91 годах по направлению Минздрава СССР в восточноафриканской Республике Уганда, в столичном госпитале «Мулаго». Будучи практически единственным нейрохирургом на всю эту страну с 20-миллионным

населением, Мурат Ибатуллин получил богатейшую практику, в том числе и в борьбе с заболеваниями, которые у нас встречаются редко.

– Мы привыкли считать себя представителями цивилизации и свысока поглядывать на африканские народы, но, приехав в Уганду, я был поражен их высокой культурой общения, повсеместной вежливостью, уважением к старшим, – вспоминает Мурат Масгутович. – И я сегодня не стану утверждать, кто цивилизованней. У них, к тому же, сохранились прекрасные английские школы, английский язык – государственный, дети привилегированного класса нередко получают образование в Великобритании. Их манера поведения могла бы послужить примером для многих наших врачей и ученых. В то время в стране шла гражданская война, и я получил богатую практику и в лечении огнестрельных ранений.

#### КАЗАНЬ – ГОРОД ТОМОГРАФИЧЕСКИЙ

Вернувшись в Казань, Мурат Ибатуллин вместе со своими коллегами – Рустамом Бахтиозиным и Искандером Чувашаевым – оказался в самом центре зарождения новой высоко-

технологичной медицины. Тогда, в начале 90-х, в РКБ-2 появился третий в стране (после Москвы и Новосибирска) магнитно-резонансный томограф «Tomikon BMT-1100» фирмы Bruker (Германия) с напряженностью магнитного поля 0,28 Тесла. И это было вполне справедливо, что Казань, где Е.К. Завойским был открыт эффект ядерного магнитного резонанса, и где работают мощные научные школы – физико-математическая и медицинская, стала одной из томографических столиц России.

– Это было поразительно, что можно, не причиняя пациенту никакого вреда, видеть на пленке точно такие же срезы, как в анатомических атласах, – вспоминает Мурат Ибатуллин. – Раньше бытовало мнение, что большой хирург – это большой разрез. Сейчас он перестал быть необходимостью, мы можем найти патологический объект с точностью до одного – двух миллиметров, практически иголку в стоге сена. Появились мини-инвазивная хирургия, возможность диагностировать заболевания на ранних стадиях, отмечать динамику при лечении. Это стало революцией в медицине.





Конечно, наша медицинская наука значительно отставала от западной, где новейшие методы лучевой диагностики применялись с 70-х годов, и поле исследований было уже перепаханно вдоль и поперек. Но клиническое мышление и традиционная изобретательность российских специалистов помогают находить новые темы и получать новые результаты. Мурат Ибатуллин – с 1999 года заведующий отделением лучевой диагностики МКДЦ – в 2002 году защитил докторскую диссертацию на стыке двух дисциплин – рентгенологии и нейрохирургии. Ее темой стала «Магнитно-резонансная диагностика опухолей и многоочаговых поражений головного мозга на томографах среднего поля».

Его ученица Татьяна Немировская защитила кандидатскую диссертацию по применению РКТ-перфузии при диагностике и хирургическом лечении хронической ишемии головного мозга, результаты которой были представлены на конференциях в США и Англии и вызвали большой интерес. Всего под руководством профессора кафедры неврологии и нейрохирургии КГМУ М.М. Ибатуллина защищено четыре кандидатские диссертации. В 2011 году

Мурат Масгутрович Ибатуллин признан победителем Республиканского конкурса «Ак чэчэклар. Врач года» с формулировкой «За добросовестное выполнение долга и гуманизм в профессии».

### МУЗЫКА ДУШИ

В жизни Мурата Ибатуллина всегда присутствовала и музыка. Среди его родственников были профессиональные музыканты, да и он сам окончил музыкальную школу по классу скрипки, даже играл в симфоническом оркестре. А потом пришла эпоха «Битлз», самодельных электрогитар, был вокально-инструментальный ансамбль мединститута «Биос».

– Наш прозападный репертуар, длинные прически и стиль одежды очень не нравились партийному и комсомольскому руководству вуза, – вспоминает Мурат Масгутрович. – Нас нередко критиковали в газетах, но на фестивалях встречали на ура! Мы играли на танцах, в клубах и как-то умудрялись совмещать учебу и музыку, даже на гастроли выезжали.

Вместе с певцом Владимиром Степановым, который был еще и солистом оперного театра, медики-музыканты выступали в Москве – в Колонном зале

Дома союзов, во Дворце спорта «Лужники», в Кремлевском Дворце съездов. Потом их пригласил Ренат Ибрагимов, вместе с которым они ездили на гастроли в Италию, на Мальту, проехали весь БАМ, добрались до Якутска и Хабаровска. Ренат Ибрагимов даже предлагал бас-гитаристу Мурату Ибатуллину оставить медицину и стать профессиональным музыкантом. Но медицина не отпустила, как, впрочем, и музыка. Без Мурата Масгутovichа не проходит ни одно выступление организованного анестезиологом и пианистом Владимиром Штейнманом ансамбля «Доктор Джаз». Ему горячо аплодируют гости джаз-кафе «Старый рояль», выделяя из состава ансамбля этого удивительно жизнерадостного, виртуозно играющего на контрабасе музыканта.

Музыка для врача и ученого Мурата Масгутovichа Ибатуллина – не просто хобби, увлечение, а способ выразить свою душу в поисках вселенской гармонии. Он также интересуется духовными вопросами, любит читать священные писания и с удовольствием делится этими знаниями с другими. Как искренне верующий человек, своей работой он помогает исцелиться людям телесно, а музыкой служит очищению их души.



# Три точки опоры

В жизни врача РКБ, акушера-гинеколога 1-й категории **Наталии УСТИМЕЦ** три точки опоры: семья, медицина и конный спорт. Общение с лошадью и спортивные соревнования дают не только ощущение полноты жизни, но и помогают в профессиональной деятельности, развивают упорство, гибкость мышления и возможность интуитивного понимания собеседника.







Наташа поняла, что коня ей прокормить пока не под силу. Но мечта осталась и реализовалась в последующие годы жизни.

Наталия закончила медицинский институт и стала акушером-гинекологом. Трудностей в ее работе хватает, но от них она не бежит, а преодолевает со свойственной ей решимостью, упорством.

- Когда планировала ординатуру, то первым делом поинтересовалась, кто ведет самые тяжелые палаты. Им был Рустем Абдулхакович Вахитов. Он и стал моим учителем, а позднее - коллегой, - рассказывает Наталия Устимец. - Меня привлекает все экстренное, неотложное, требующее принятия немедленных решений. Поэтому нравятся дежурства, когда вся ответст-

правило, небрежное отношение к своему здоровью, они до последнего скрывают свое состояние даже от родных, поздно обращаются за медицинской помощью. Иногда доходит до того, что становятся нетранспортабельными, и тогда по линии санавиации на помощь вылетают наши специалисты - реаниматолог, хирург, гинеколог. Трудные вопросы, требующие высокой квалификации, возникают и при освоении современных медицинских технологий. Так, в гинекологическом отделении мы стали серьезно заниматься лапароскопией, проводим сложные операции. Не воспринимая свою работу как тяжелый труд. С удовольствием оперирую, лечу больных, используя знания, опыт, осваиваю новые методики, технологии и непременно добиваюсь своего.

С детства, стоило только Наташе окатиться на зеленой лужайке, как тут же в ее руках оказывался жучок или кузнечик. Все живое в ее добрых руках чувствовало себя хорошо, так, любимый кот дожил до 19 лет и 3 месяцев, что в кошачьем мире большая редкость. Неоднократно его лечила, подражая Джеймсу Хэрриоту, ветеринару, летчику и английскому писателю, книгами которого зачитывалась. Однажды обратилась с просьбой к отцу купить коня. Сергей Петрович, будучи мудрым человеком, не отказал девочке, но для начала попросил заготовить сена. Собрать удалось только несколько охапок, и тогда маленькая

**«Вообще, конь очень хорошо относится к детям, - рассказывает Наталия Устимец. - Никогда не дернется, не испугается. Мы даже занимались одно время иппотерапией с мальчиком, который болеет ДЦП».**

венность лежит на тебе и приходится сосредотачиваться и максимально использовать свои знания и навыки. К нам в РКБ стекаются самые сложные больные, которым центральные районные больницы уже не в состоянии оказать эффективную медицинскую помощь. Основная причина такого состояния пациентов, как

Эта черта характера Наталии Устимец помогает ей и в работе, и в жизни. Пять лет назад серьезно увлеклась конным спортом. Но одного занятия в неделю в конноспортивной школе при Казанском ипподроме оказалось мало. И тогда она уговорила тренера на дополнительные занятия, стала посещать другие кон-





носпортивные клубы. Через год такой жизни решила купить коня.

Шестилетний рыжий жеребец по кличке Призер уже был натренирован на конкур – преодоление препятствий, что очень нравилось Наталии. А через год они смогли получить по этому виду конного спорта второй разряд. Но неправильные тренировки, а возможно, и травмы сказались на психике коня, поэтому решено было начать заниматься выездкой. Как шутят конники, это фигурное вождение лошади. На соревнованиях по выездке всадник и лошадь выполняют различные элементы верховой езды – демонстрацию правильной стойки, боковые сгибания-принимания, менки ног, пассаж, piaffe, переходы с одного аллюра на другой, сложные повороты и пируэты.

Наталии хотелось самой для себя воспитать спортивную лошадь. Отказалась от помощи тренеров, поскольку поняла, что только сама по-настоящему чувствует своего коня, и поставила целью проехать Малый приз, преодолеть ту черту, которая отделяет любителей от профессионалов. Успехи уже есть, один раз всадница и лошадь попали в зачет Малого приза. Многие тогда удивлялись и не верили, что лошадь ничего не умела в выездке.

Занятия медициной и конным спортом отнимают много сил и времени. День Наталии Устимец начинается в четыре часа утра, а закончиться может и за полночь. Хорошо, что семья с пониманием относится к ее увлечению. Муж Александр и мама Любовь Александровна (вот от кого упорство и стойкость) всегда подменят с детьми и по хозяйству. Дочка Элеонора уже в 14 лет научилась довольно хорошо ездить рысью. Сын Арсений пока еще маленький.

– Вообще, конь очень хорошо относится к детям, – рассказывает Наталия Устимец. – Никогда не дернется, не испугается. Мы даже одно время занимались иппотерапией с мальчиком, который болеет ДЦП. При верховой езде стимулируется движение многих групп мышц, которые задействованы при ходьбе. Кроме того, они прогреваются, так как температура лошади 38,5 градуса.



И немаловажное значение имеет эмоциональный контакт с лошастью.

Увлечение конным спортом удивительным образом сочетается с работой. Знание биологии помогает спланировать тренировочный процесс и рацион коня, определить, какие упражнения способствуют развитию нужных групп мышц и когда нужно увеличить/уменьшить нагрузку. А умение понимать живую душу без слов иногда приносит большую пользу при диагностике.

– Недавно к нам поступила тяжелая пациентка с перитонитом, гнойной опухолью придатков, – рассказывает Наталия. – Боли нет, температуры нет. Но по ее облику я поняла, что необходимо

срочно принимать меры, а отсутствие боли и температуры свидетельствовало об особой тяжести заболевания. Нам удалось ее спасти, оперировал мой учитель, врач высочайшей квалификации, и я рада, что как диагност сумела вовремя оценить ситуацию и принять правильное решение.

Многие люди, особенно женщины, разрываются между домом и работой. Наталия Устимец проживает не одну,

не две, а сразу три жизни – и все они насыщенные и полноценные. Одна жизнь – семья, муж, дети, дом, сад. Может, не всегда удается быть идеальной женой и матерью, но рядом с увлеченным человеком жизнь всегда интересна. Другая жизнь – любимая работа, больница, коллектив, пациенты. И в этой жизни Наталия как рыба в воде, получает и отдает массу положительных эмоций. И третий мир – мир конного спорта, уже сам по себе большой и интересный, он дополняет конфигурацию этого жизненного треугольника, самой устойчивой фигуры, стороны которого не противостоят, а взаимно дополняют друг друга, поддерживают.



Из «Антологии медицинского ляпсуса».  
Автор-составитель – доктор медицинских наук,  
профессор Саид КСЕМБАЕВ

## Ляпсусы

# Смешное о серьезном

### СТУДЕНЧЕСКИЕ

- Резус-фактор, который раньше определялся у макак, теперь определяется у некоторых людей.
- Экзаменатор (завкафедрой): «Назовите основоположников челюстно-лицевой хирургии в России». Студент, после нескольких неправильных ответов, не мог придумать ничего лучшего, как сказать: «Вы!»
- «Куда следует направить больного после завершения стационарного лечения (имелось в виду санаторно-курортное лечение)?» Студент молчит. Экзаменатор подсказывает: «Что находится напротив нашей 6-й больницы?» (Подразумевался санаторий «Казанский».) Студент: «Кладбище!» (Напротив больницы расположено еще и Арское кладбище.)
- Вода хоть и является слабым электролитом, но имеет большое значение в народном хозяйстве!
- Какова биологическая роль витамина Е? – Витамин Е участвует в формировании наружных половых органов у мужчин. Экзаменатор: «А у женщин?» Студентка: «А у женщин их нет!»
- Мелкопитающиеся (правильно – млекопитающие).
- Профилактика СПИДа в медицинской практике? – Не вступать в половые контакты с пациентами!
- Последовательность приема больных начинается с того, что с больным нужно поздороваться.
- Кариес возникает путем травмирования пищевыми отходами.

### ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ (Из историй болезней)

- Состояние мальчика вполне удовлетворительное (пациенту 50 лет).
- Состояние удовлетворительное, жалоб нет, шины на месте (при переломах скуловой кости шины не накладывают).

- При смыкании зубов прикус отсутствует.
- Матери больного ребенка объяснена возможная непоказанность операции ввиду бледности кожных покровов и отсутствия анализа мочи.

### (Из лекций, выступлений на конференциях и защитах)

- При столбняке у больного появляется саркастическая улыбка (правильно – сардоническая).
- Язык – орган интимного общения.
- Онкологическая предосторожность (правильно – осторожность).
- Злокачественная онкология.

### (Из диссертаций)

- На 10 свежих трупах разработать новые методики лечения.
- Головной мозг является начальным отделом пищеварительного тракта.

### ВРАЧЕБНЫЕ, СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

### (Из историй болезней и амбулаторных карт)

- Больной умер тихо и спокойно.
- Диагноз: правосторонний перелом левой скуловой кости.
- Больная пришла своим ходом.
- Отделяемое не выделяется.
- Швы чистые, ясные.
- Больная в постели активна.
- Ребенок веселый и радужный.
- Состояние больного улучшилось, отек лица уменьшился, за счет чего глаза расширились.

- Промывные воды чистые.
- Перенесенные заболевания: травматическая ампутация левого глаза.
- Запись психиатра: больной находится в стадии возбуждения, больному ввести седуксен через дежурного анестезиолога.
- Жалобы на кровотечение и боль из раны.
- Из списка сданных при госпитализации вещей: пенджочок.
- Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, кормящая мать.
- Перенесенные заболевания: переломы рук, ног, головы в течение всей жизни.
- При обходе больной оказался мертвым.
- Больной упал со 2-го на 3-й этаж.
- Начато искусственное дыхание изо рта ко рту.

### ПАЦИЕНТОВ (Из журнала отзывов)

- В поликлинике меня лечили безрезультатно. У меня были боли в области ушей и не открывался рот. Вот меня направили в 15-ю больницу к доктору N. Он за каких-то 15 минут устранил все мои болезни. Такие чудеса он творит каждый день! Прошу администрацию больницы отметить большие заслуги доктора перед народом!
- Дорогие врачи! Большое спасибо вам за то, что вылечили меня от присутствия под челюстью лимфоузлов. Я еще много раз во сне буду вздрагивать, вспоминая ваши лица.
- Большое спасибо коллективу отделения за все, кроме уколов. Я теперь, когда надеваю трусы, всегда вспоминаю медсестер.
- Большое спасибо врачам за то, что, кроме фурункула, они нашли у меня еще одну болезнь. Какую, не скажу!
- Медсестра N такая скромная, такая вежливая, что залезла в душу всем больным.
- Врач N все больше старается проникнуть в организм каждого больного.



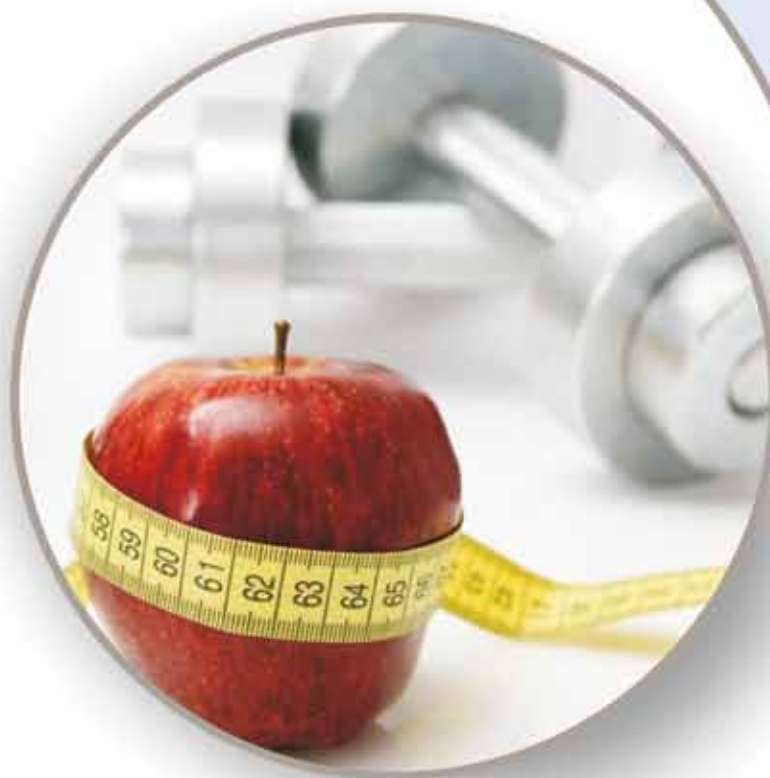
16-я международная специализированная выставка

# ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань  
2011

12-14  
ОКТЯБРЯ



[www.volgazdravexpo.ru](http://www.volgazdravexpo.ru)

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР  
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ  
ЯРМАРКА

420059, Республика Татарстан  
г. Казань, Оренбургский тракт, 8  
Тел.: (843) 570-51-11 (круглосуточный),  
570-51-16, факс: (843) 570-51-23  
E-mail: [pdv@expokazan.ru](mailto:pdv@expokazan.ru)

# Healthy Nation

Здоровье нации | № 2(5) 2011

Журнал издается при поддержке  
Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан

Главный редактор  
**Е. Н. СТЕПАНОВА**  
E. N. Stepanova  
taylena@mail.ru

Научный редактор  
**Ростислав ТУИШЕВ**  
Rostislav Touishev

PR-менеджер  
**Анна МАТВЕЕВА**  
anna.matveeva@healthynation.ru

Коммерческий отдел  
reclama@healthynation.ru

Использованы фото:  
с порталов www.prav.tatar.ru,  
www.minzdrav.tatar.ru, www.kzn.ru  
Ростислава Туишева  
Наиля Лемешева  
Игоря Тутеева

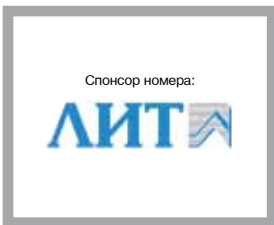
Учредитель и издатель – рекламное  
агентство «Красная строка»



Свидетельство о регистрации –  
ПИ № ТУ 16-00375.

АДРЕС РЕДАКЦИИ,  
УЧРЕДИТЕЛЯ И ИЗДАТЕЛЯ:  
420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 146.  
Тел. редакции:  
+7 987 290 12 21  
+7 987 290 50 38

[www.healthynation.ru](http://www.healthynation.ru)



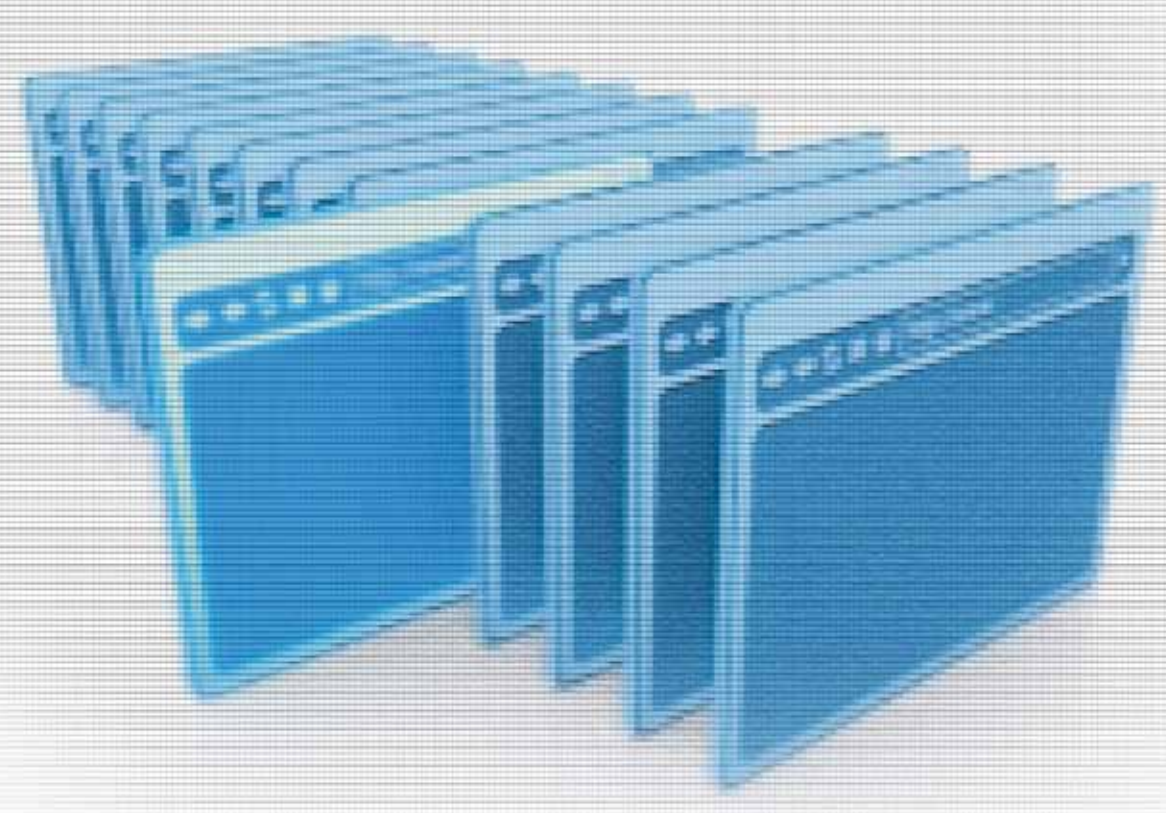
За содержание рекламных материалов  
и объявлений редакция ответствен-  
ности не несет.

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 сертифицированы,  
услуги лицензированы.

Тираж 3000 экз.  
Подписано в печать: 29.09.2011.  
Отпечатано в типографии  
КПКПС, г. Казань, пр. Ямашева,  
д. 36, корпус 2.  
Распространяется бесплатно.



## INDEX КОМПАНИЙ

### Philips «Здравоохранение»

123022, г. Москва, ул. Сергея Макеева, д. 13,  
бизнес-центр Marr Plaza.  
Тел: (495) 937-93-64.  
8-800-200-0881 (звонок с мобильного телефона,  
а также звонок из любого региона России бесплатный).  
e-mail: PHC.Russia@philips.com  
[www.healthcare.philips.com](http://www.healthcare.philips.com)

### ЗАО «Галс-МТ»

420087, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Родина, д. 7.  
Тел./факс: (843) 275-83-15.  
e-mail: galsmt@list.ru  
[www.galsmt.ru](http://www.galsmt.ru)

### ЗАО «Компания КИЛЬ-Казань»

420138, г. Казань, пр. 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

### ООО «Агропак-Татарстан»

Заказ бутилированной воды «SHIFA» по телефонам:  
г. Казань: (843) 557-55-05,  
г. Лениногорск: (85595) 24-184, (85595) 24-277,  
г. Альметьевск: (8553) 35-15-11, (8553) 37-19-58.

### ООО «Алан Клиник»

420107, г. Казань, ул. Островского, д. 67.  
Тел.: (843) 555-6-555.  
e-mail: alancclinic@mail.ru  
[www.alancclinic.ru](http://www.alancclinic.ru)

### ООО «Берингер Ингельхайм»

119049, г. Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1.  
Тел.: (495) 411-78-01, 411-78-02 (факс).  
[www.boehringer-ingenlheim.ru](http://www.boehringer-ingenlheim.ru)

### ООО «Глазная хирургия Расческов»

420061, г. Казань, ул. Патриса Лумумбы, д. 28а.  
Тел./факс: (843) 295-14-25, 295-03-03 (регистратура).  
e-mail: raskovclinic@mail.ru  
[www.rascheskoff.com](http://www.rascheskoff.com)

### ООО «ИНТЕРСЭН-плюс СП»

420015, г. Казань, ул. Спартаковская, д. 2, офис 312.  
Тел.: (843) 200-95-99, 8 917 220 12 77, 8 987 297 02 38.  
Факс: (843) 200-99-66.  
e-mail: isenkzn@mail.ru

### ООО «Клиника ЛМС» филиал в г. Казани

420021, г. Казань, ул. Нариманова, д. 65.  
Тел: (843) 567-11-11.  
e-mail: info@kzn.budzdorov.ru  
[www.7828882.ru](http://www.7828882.ru)

### ООО «КОРЛ»

420059, г. Казань, ул. Даурская, д. 12, а/я 35.  
Тел.: (843) 277-88-47, 277-88-57.  
e-mail: korl-kazan@mail.ru  
[www.korl.ru](http://www.korl.ru)

### ООО «МирриадаМед»

420107, г. Казань, ул. Спартаковская, д. 2, офис 323.  
Почтовый адрес: 420012, Республика Татарстан, г. Казань, а/я 63.  
Тел.: (843) 238-53-00.  
info@miriadas.ru  
[www.miriadas.ru](http://www.miriadas.ru)

### ООО «Научно-исследовательский медицинский комплекс

«Ваше здоровье»  
420097, г. Казань, ул. Зинина, д. 7.  
Тел./факс: (843) 238-43-47, 238-42-89.  
e-mail: nimk\_vz@mi.ru

### ООО «Реамед»

420127, г. Казань, ул. О. Кошевого, д. 6.  
Тел.: (843) 533-04-52, 214-10-30.  
423800, г. Набережные Челны, пр. Чулман, д. 34а,  
комплекс 40/13а.  
Тел.: (8552) 32-24-64.  
reamedkazan@yandex.ru  
[www.reamed-kazan.ru](http://www.reamed-kazan.ru)

### Московское представительство компании «ТЕРУМО ЮРОП НВ» (Бельгия)

123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, 13 этаж,  
бизнес-центр «Северная Башня».  
Тел.: (495) 988-47-40.  
Факс: (495) 988-47-39.  
[www.terumo-europe.com](http://www.terumo-europe.com)

### НПО «ЛИТ»

107076, г. Москва, ул. Краснобогатырская, д. 44, стр. 1.  
Тел.: (495) 733-95-26.  
Факс: (495) 963-07-35.  
e-mail: air@npo.lit.ru  
[www.npo.lit.ru](http://www.npo.lit.ru)

### Официальный поставщик ЗАО «Телеком ТС»

119991, г. Москва, пр. Вернадского, д. 41, стр. 1, офис 923.  
Тел.: (495) 431-93-05, 431-50-83, 432-63-72 (факс).  
420061, г. Казань, ул. Космонавтов, д. 44.  
Тел.: (843) 295-42-15, 8 917 266 00 03.  
e-mail: info@telecomtc.ru  
[www.telecomtc.ru](http://www.telecomtc.ru)



# TRI

TERUMO RADIAL INTERVENTION

Для каждого этапа  
лучевого доступа

For every aspect  
of your transradial procedure



## TERUMO®

# РАННИЙ ТРОМБОЛИЗИС – СПАСЕННАЯ ЖИЗНЬ



- ✓ в любом месте
- ✓ в любых условиях
- ✓ в любое время

**МЕТАЛИЗЕ® (тенектеплаза) –**  
**уникальный тромболитик 3-го поколения,**  
**идеально подходящий для применения**  
**на догоспитальном этапе**

- ☑ Более 25% прерванных инфарктов при применении **В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА**<sup>1</sup>
- ☑ Догоспитальный тромболитис в среднем позволяет начать лечение **НА ОДИН ЧАС РАНЬШЕ**<sup>2</sup>
- ☑ Тромболитис МЕТАЛИЗЕ® может проводиться врачебными и фельдшерскими **БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ**<sup>3</sup>



1. Verhaeght et al. Eur Heart J 2006; 27: 901–904.

2. Morrison et al. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction: a meta-analysis. LAMA 2000; 283: 2686–92.

3. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Российские рекомендации 2007.