
**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



*Интервью с главным внештатным ангионеврологом
Министерства здравоохранения Республики
Татарстан,
доктором медицинских наук, профессором
Диной Рустемовной Хасановой*

Дина Рустемовна, здравствуйте. Как влияют региональные особенности на выполнение программы помощи больным с сосудистой патологией?

В Республике Татарстан (РТ), так же как в целом по стране, регистрировался рост числа случаев инсульта — на сегодняшний день оно составляет 464,2 на 100 тыс. населения. В то же время следует отметить, что в последние несколько лет увеличение зафиксированных случаев инсульта связано с лучшей диагностикой и обращаемостью населения. Таким образом, высокоактуальным для системы здравоохранения явилось совершенствование организации медицинской помощи для данной категории больных. В РТ с 2008 г. началось поэтапное создание и открытие сосудистых центров (СЦ) трех уровней: первичные сосудистые центры (ПСЦ), региональные сосудистые центры (РСЦ) с возможностью оказания высокотехнологичной помощи и Республиканский головной сосудистый центр (РГСЦ), осуществляющий наряду с лечебной руководящую функцию. Однако начало оказания помощи больным инсультом на основе международных стандартов было положено в 2006 г. на базе неврологического отделения Межрегионального клинико-диагностического центра (МКДЦ), когда был получен первый опыт внутривенного и внутриартериального селективного тромболитика. В 2007 г. совместно с Министерством здравоохранения РТ (МЗ РТ) учеными и клиницистами была создана Рабочая группа по разработке:

- единой логистики инсульта;
- системы оказания хирургического лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК);

- принципов продолженной реабилитации для работающих и неработающих граждан;
- технического оснащения и решения вопросов финансирования СЦ.

При формировании системы оказания медицинской помощи больным с инсультом, наряду с данными опыта развитых стран, учитывались демографические, территориальные особенности республики и состояние оснащения медицинских учреждений, включаемых в вышеупомянутую систему. Базой для СЦ являлись многопрофильные лечебные учреждения, парк оборудования которых мог быть использован и для инсультологии. Равномерная плотность населения региона, наличие дорог позволили создать сеть СЦ с прикреплением к ним практически равных по численности и радиусу расстояния территорий, а соответственно и по времени транспортировки больных.

Было проведено обучение по вопросам инсультологии специалистов МКДЦ, а также персонала лечебных учреждений РТ, где планировалось открытие СЦ в ведущих клиниках Российской Федерации и зарубежья. Для проведения постоянного процесса подготовки специалистов СЦ на базе МКДЦ (РГСЦ) кафедрой неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС КГМУ на основе Федеральных учебных программ были разработаны тематические циклы усовершенствования для врачей СЦ РТ и скорой медицинской помощи (СМП):

- «Новые технологии диагностики, лечения и профилактики инсульта»;
- «Медицинская реабилитация больных с заболеваниями нервной системы (для мультидисциплинарных бригад)»;

- «Клиническая нейровизуализация»;
- «Неотложные состояния в неврологии» для врачей скорой медицинской помощи.

В 2010 г. РТ вошла в федеральную программу по формированию системы оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями с дальнейшим блоком комплексного финансирования и закупкой необходимого оборудования. Оснащение вновь открываемых СЦ и дооснащение открытых ранее за счет региональных средств проводится в республике ежегодно.

Результаты шестилетнего опыта становления системы помощи больным с инсультом показали снижение смертности таких больных на 34%. За период работы системы отмечено снижение показателей госпитальной летальности от инсульта в СЦ, которая в среднем за 6 лет составила 13,2%.

Дина Рустемовна, достаточно ли внимания программе уделяется со стороны руководства Республики Татарстан? Оказывается ли помощь в создании региональных центров и первичных сосудистых отделений?

Программа формирования системы оказания помощи больным с инсультом получила полную поддержку со стороны Правительства РТ. Это, конечно, поддержка самой идеи создания системы, и соответственно программы по ее формированию в РТ, но самое главное, помощь в вопросах финансирования, которая позволила осуществить техническое оснащение и провести ремонтно-реконструктивные работы. Кроме того, в 2008 г. принята республиканская целевая программа по закупке тромболитиков — дорогостоящих препаратов, которые являются одним из наиболее эффективных методов лечения ишемического инсульта. В том же году были определены более высокие тарифы для лечения инсульта и выделена статья расходов по этапной реабилитации неработающих граждан. Еще раз хочется подчеркнуть, что сосудистая программа может быть успешной только при понимании важности задач и поддержке правительством идеологии, которую несут профессионалы — ученые-медики, помощи в реализации программы региональными органами управления здравоохранением, как это имеет место в РТ.

Каковы особенности работы руководимого Вами Головного сосудистого центра?

На сегодняшний день в РТ работают 15 ПСЦ и 2 РСЦ (в 2014 г. на базе городской больницы №12 Казани был открыт семнадцатый центр). Один из центров, имеющий наибольший опыт ведения больных с инсультом по современным стандартам, выполняет задачи РГСЦ на базе МКДЦ и наряду с функцией регионального оказывает координирующую и учебно-методическую поддержку специалистам всех служб и учреждений системы МЗ РТ, реализующих медицинскую помощь больным с ОНМК.

При наличии большой сети СЦ введение статуса Головного сосудистого центра для оптимизации управления, контроля унифицированности логистики инсульта оказалось необходимым и абсолютно оправданным. РГСЦ проводит мониторинг и контроль качества оказания медицинской помощи в СЦ. Главным центром осуществляется ведение госпитального регистра и статистическая аналитика совместно с РМИАЦ МЗ РТ. Для этого на базе РГСЦ создан организационно-аналитический отдел, благодаря работе которого выявляются как слабые стороны, так и достижения каждого СЦ и вся картина по функционированию системы в целом, ее проблемы, намечающиеся тенденции и др. Также на базе РГСЦ организована консультативная помощь с использованием телефонной и видеосвязи для решения стратегических задач в лечении больных, в первую очередь хирургических. Внедрена система передачи медицинских изображений онлайн для консультаций с использованием созданного в 2009 г. Центрального архива медицинских изображений по всей республике. РГСЦ является научной базой исследований, направленных на оптимизацию оказания помощи больным с инсультом. Будучи клинической базой Казанского медицинского университета и медицинской академии, центр проводит обучение специалистов на целевых циклах тематического усовершенствования и в рамках последилового образования — подготовку кадров для СЦ.

Дина Рустемовна, как организуется взаимодействие скорая помощь — стационар — реабилитационное лечение?

СЦ оказывают неотложную медицинскую помощь больным с ОНМК по принципу 7/24 (7 дней в неделю 24 ч в сутки). Все службы (отделение лучевой диагностики, лаборатория) работают в круглосуточном режиме. СЦ имеют выделенную телефонную линию, по которой бригадой СМП осуществляется оповещающий звонок для готовности команды СЦ принять пациента. СЦ на 30 коек прикреплены около 120—140 тыс. взрослого населения. Эта цифра, полученная на основе медико-экономического анализа с учетом заболеваемости инсультом в РТ, норматива среднегодовой работы койки и длительности стационарного лечения, была установлена как наиболее адекватная для оптимальной работы СЦ.

Одним из основных направлений лечения больных ишемическим инсультом является тромболитическое лечение. Как часто проводится в стационарах, как часто применяются другие методы восстановления кровотока?

С 2008 по 2013 г. в СЦ РТ пролечены более 46 тыс. пациентов с ОНМК, из которых около 24 тыс. доставлены в пределах «терапевтического окна». За 6,5 года выполнено около 1,5 тыс. внутривенных тромболитических и более 100 реканализирующих операций с применением эндоваскулярных

технологий. В РТ осуществление внутриартериальных технологий тромболиза возможно в 6 СЦ из 17. Внутриартериальный тромболитический в среднем проводился у 3,9% больных с ишемическим инсультом. Частота осложнений после проведенного тромболиза, таких как симптомная геморрагическая трансформация очага, снизилась с 7,6% в 2010 г. до 4,2% в 2013 г. Тромболитическая терапия стала рутинной технологией в лечении больных в СЦ. Но это сопряжено с необходимостью постоянной работы по информированию прикрепленного к СЦ населения об обязательном раннем обращении в СМП при первых симптомах инсульта и требует инициатив со стороны руководителей СЦ, проведения Школ инсульта, работы со СМИ.

Кроме того, за последние 5 лет в СЦ РТ проведено более 2,5 тыс. высокотехнологических оперативных вмешательств на экстра- и интракраниальных сосудах (10% пациентов, поступивших с ОНМК), 200 операций в неотложном периоде (8,5% пациентов, поступивших с диагнозом геморрагический инсульт), включая удаление внутримозговых гематом: стереотаксическую пункционную аспирацию гематом с фибринолизом, дренирующие операции, клиппирование и эмболизацию аневризм и артериовенозных мальформаций и др. Причем удельный вес открытых и эндоваскулярных вмешательств при аневризматическом субарахноидальном кровоизлиянии представлен одинаково, что соответствует современной международной стратегии ведения этой категории больных

Дина Рустемовна, каковы перспективы развития реабилитационной помощи больным, перенесшим острые нарушения мозгового кровообращения, в регионе?

Процесс восстановления нарушенных функций после инсульта носит этапный характер, начиная с палаты интенсивной терапии, где пациенту проводятся не только круглосуточный мониторинг и стабилизация показателей гомеостаза, но и контроль тазовых функций, детекция глотания, профилактика тромбозов и тромбоэмболий, реализуются принципы ранней нейрореабилитации с ранней вертикализацией. После пребывания в палате интенсивной терапии больной направляется в блок сосудистого отделения, где осуществляется интенсивная нейрореабилитация с участием мультидисциплинарной бригады. Для последующей этапной реабилитации восстановления нарушенных функций разработана система продолженной реабилитации пациентов после инсульта, как работающих, так и неработающих, которая определяется алгоритмом направления пациента в зависимости от реабилитационного потенциала в специализированные реабилитационные отделения или центры. Конечной целью реабилитационной помощи является повышение каче-

ства жизни больных. В настоящее время в республике отмечается увеличение числа пациентов, выпущенных из сосудистых центров функционально независимыми в повседневной жизни (по модифицированной шкале Рэнкина учитывались пациенты с показателями 0—2 балла) с 39,3% в 2007 г. до 63,2% в 2013 г. Положительная динамика в исходах инсульта, вероятно, явилась значимым фактором, влияющим на общее снижение смертности в РТ. Следующая наша задача заключается в том, чтобы более 70% выживших в течение 1-го месяца после ОНМК стали полностью самостоятельными и независимы через 3 мес, считая от начала его развития. При этом освоение и внедрение МКФ является необходимым условием для универсального подхода в оценке состояния здоровья человека на всех этапах медико-социальной реабилитации. Абсолютное число больных с инсультом, направленных на реабилитацию, постоянно растет, но отмечается снижение относительного числа пациентов, направленных на этапную реабилитацию в реабилитационные центры. Эти данные свидетельствуют о том, что развитие реабилитационной службы пока не успевает за развитием системы СЦ. Несмотря на то что медицинская реабилитация является дорогостоящей процедурой, мы должны сделать ее доступной для тех, кому она показана.

Конечная цель республиканской программы — дальнейшее развитие системы с созданием полной сети СЦ для возможности лечения всех больных с ОНМК на территории РТ в специализированных сосудистых отделениях с современными подходами диагностики и ведения больных, получения высокотехнологичной помощи и обязательно с продолженной этапной реабилитацией. Для этого необходимы увеличение количества реабилитационных коек, разработка кадровой политики, подготовка специалистов. Но мы думаем, что эта задача выполнима, поскольку является одной из приоритетных программ МЗ РТ.

Вы рассказали о становлении и особенностях руководимого Вами Республиканского головного сосудистого центра. А каким был ваш личный путь в неврологии? Вы пошли по следам мамы, заслуженного врача ТАССР, Люзи Бареевны Максудовой?

Моим родственником по линии матери был известный советский невролог Гарун Ахмедович Максудов, а мама много лет заведовала неврологическим отделением в РКБ. Я с детства хотела заниматься молекулярной генетикой и биологией, поэтому окончила физико-математическую школу, которая давала углубленные знания по физике и математике, казавшиеся мне необходимыми для исследований в выбранной области. Затем поступила в Казанский государственный медицинский институт, который в то время был наиболее близким путем к осуществлению мечты.

В студенческие годы было много поисков и разочарований, но, к счастью, произошла встреча с неврологией, которая покорила меня математической логикой, необходимостью аналитического мышления. Немалую роль сыграла неординарная творческая личность проф. Якова Юрьевича Попелянского, который, будучи прекрасным клиницистом, мог показать студентам всю красоту неврологического диагностического процесса. А позже юношеские мечты все-таки стали воплощаться. Так, тема моей докторской диссертации, выполненной под руко-

водством проф. М.Ф. Исмагилова, — «Мембранные основы синдромов вегетативной дисфункции».

Дина Рустемовна, что бы Вы пожелали читателям нашего журнала?

Всем читателям журнала я бы пожелала не отступать от выбранного профессионального пути, оставаться верными юношеским идеалам и достичь поставленных целей. Желаю всем коллегам дальнейшего совершенствования своего врачебного мастерства на благо наших соотечественников, больших творческих успехов и, конечно, здоровья.

★ ★ ★