

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Healthy Nation

ЮБИЛЕЙ

50 лет онкологической
клинике «под Кремлем»

12

МЕНЕДЖМЕНТ

Адель Вафин о приоритетах
в сфере управления качеством

32

ХИРУРГИЯ

Торакальная хирургия –
российский и европейский опыт

44

АКУШЕРСТВО

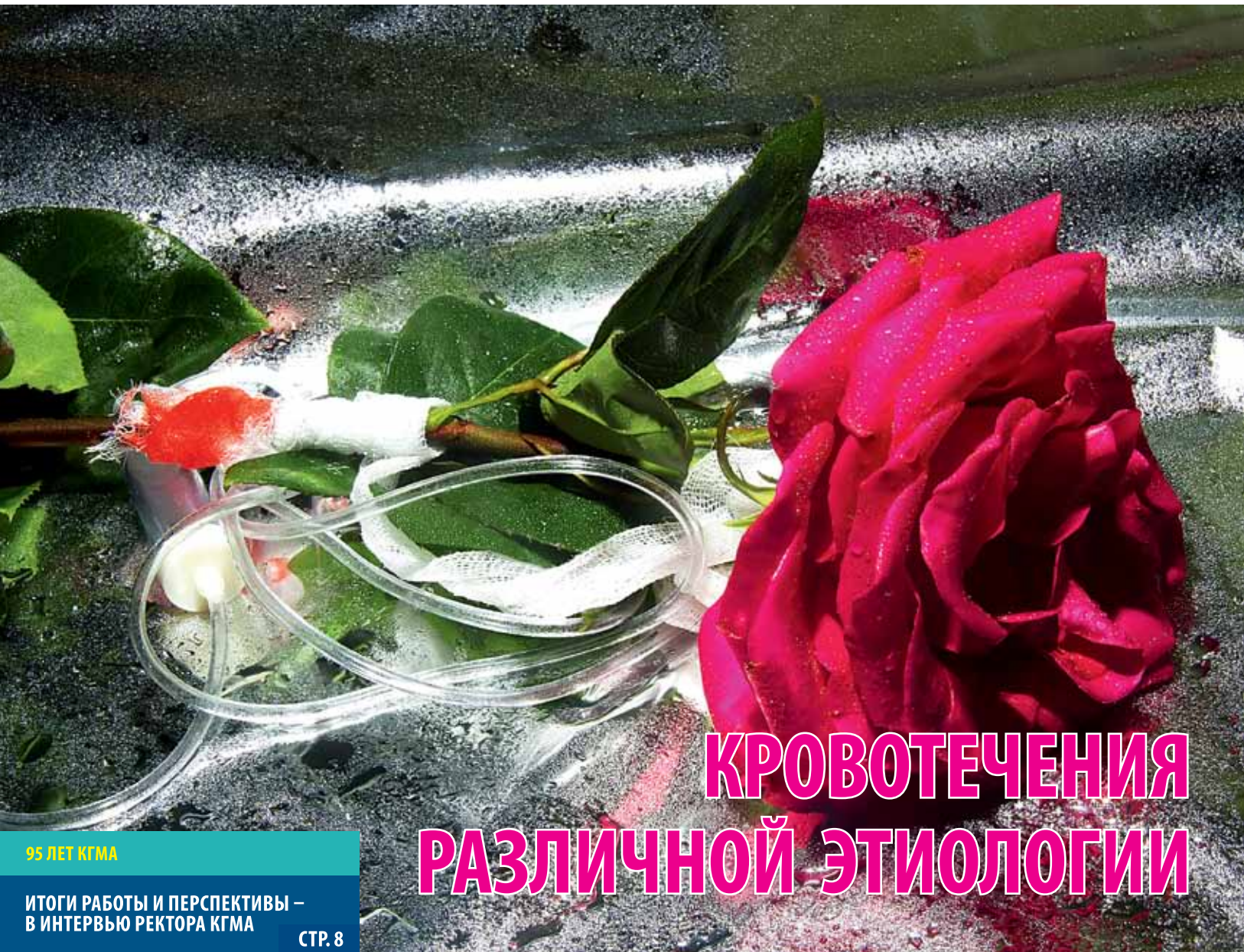
Легендарный врач и писатель
Мишель Оден посетил Казань

46

ПАМЯТЬ

Спортсмен, руководитель,
эксперт – профессионал во всем

56



КРОВОТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

95 ЛЕТ КГМА

ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ –
В ИНТЕРВЬЮ РЕКТОРА КГМА

СТР. 8

Камиль Зыятдинов: «Сохраняя традиции, нужно создавать медицину будущего» [8] • Время быть здоровым! [10] • Юбилей казанской онкологической школы [12] • Желудочно-кишечные кровотечения – актуальная проблема неотложной хирургии [14] • Геморрагический синдром у детей [17] • Подводные камни массивных кровотечений [20] • Современная антикоагулянтная терапия и профилактика [23] • Кровотечения в акушерской практике. Основные тренды лечения и профилактики [26] • Даруя кровь – спасаешь жизнь! [29] • Адель Вафин: «Качество – это дорога, которая имеет начало, но не имеет конца» [32] • Сопротивление персонала при внедрении системы менеджмента качества [34] • Качество как ресурс развития [36] • Вопрос жизни. Проблемы и перспективы трансплантологии в Татарстане [38] • Детская стоматология: точки роста [41] • Аллергия под контролем [42] • Работа над ошибками [44] • Мишель Оден: «Необходима смена парадигмы, связанной с родами» [46] • «Медицинская» Турция: традиции гостеприимства и высокие технологии [49] • Когда приходит поэзия [51] • Обеззараживание, поставленное на «Поток» [54] • Профессиональное кредо: объективность [56]

20-я международная специализированная выставка

Примите участие в международной выставке



ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ. Казань, 2015

14-16
октября



В программе выставки:

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

www.volgazdravexpo.ru

12+

Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11

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

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

ЭКСПОЗИЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

Дорогие коллеги!

От всей души поздравляю Казанскую государственную медицинскую академию со знаменательной датой!

Особенность нашей профессии состоит в том, что любой врач должен постоянно совершенствовать свои навыки и получать новые знания. Казанская медицинская школа получила признание не только в России, но и во всём мире. Её неотъемлемой частью является институт последипломного образования врачей, который вот уже 95 лет выполняет важнейшую миссию по повышению квалификации работников здравоохранения.

Создание и становление ГИДУВа проходило в непростые времена в только что образованной Татарской Республике, здесь работали и передавали свои знания многие наши известные соотечественники, такие как Роман Лурия, Семён Зимницкий, Николай Горяев. Институт внёс свой вклад в Победу в Великой Отечественной войне, в его клиниках были открыты эвакуогоспитали, в которых продолжалась подготовка врачей для нужд фронта.

Сегодня Казанская государственная медицинская академия является центром последипломной подготовки врачей, в которой получают знания и практические навыки медицинские работники со всей России. Здесь проводятся научные и клинические исследования, профессорско-преподавательский состав ведёт лечебную работу, консультирует врачей и пациентов в ведущих клиниках Татарстана. Желаю академии дальнейших успехов на профессиональном поприще, а коллективу – крепкого здоровья и благополучия!

**Министр здравоохранения РТ
Адель Вафин**



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

8	Камиль Зыятдинов: «Сохраняя традиции, нужно создавать медицину будущего»
10	Время быть здоровым!
12	Юбилей казанской онкологической школы
14	Желудочно-кишечные кровотечения - актуальная проблема неотложной хирургии
17	Геморрагический синдром у детей
20	Подводные камни массивных кровотечений
23	Современная антикоагулянтная терапия и профилактика
26	Кровотечения в акушерской практике. Основные тренды лечения и профилактики
29	Дарю кровь - спасаешь жизнь!
32	Адель Вафин: «Качество - это дорога, которая имеет начало, но не имеет конца»
34	Сопротивление персонала при внедрении системы менеджмента качества
36	Качество как ресурс развития
38	Вопрос жизни. Проблемы и перспективы трансплантологии в Татарстане
41	Детская стоматология: точки роста
42	Аллергия под контролем
44	Работа над ошибками
46	Мишель Оден: «Необходима смена парадигмы, связанной с родами»
49	«Медицинская» Турция: традиции гостеприимства и высокие технологии
51	Когда приходит поэзия
54	Обеззараживание, поставленное на «Поток»
56	Профессиональное кредо: объективность





Кировская область

Река жизни

В рамках акции департамента здравоохранения «Река жизни» сразу 10 кардиологов, 2 сосудистых хирурга, кардиохирург и 5 врачей УЗИ провели скрининговое обследование всех желающих на выявление сердечно-сосудистых заболеваний в Кичурском и Санчурском районах, смертность от ССЗ в которых одна из самых высоких в области. В течение двух дней врачи приняли 1066 человек. На госпитализацию для дополнительного обследования или оперативного лечения были направлены 73 человека. Одновременно с этим специалисты Центра медицинской профилактики читали лекции по профилактике атеросклероза, правильному питанию и правилам оказания первой помощи при инсультах и инфарктах.

Сдерживая цены

Продолжается работа по реализации антикризисных мер в рамках соглашения департамента здравоохранения Кировской области и аптечных организаций. На сегодняшний день его подписали аптечный склад, 13 государственных и 7 коммерческих аптечных организаций, каждая из которых имеет сеть филиалов в Кирове и районах области. Составлен список из 50 препаратов, на которые не распространяется государственное регулирование цен, но пользующихся большим спросом у населения. Эта мера направлена на сдерживание роста цен на препараты, которые, как правило, применяются для базисной терапии различных заболеваний.



Саратовская область

Авиационная эвакуация прошла успешно

Шестимесячный мальчик проходил лечение в Пензенском центре сердечно-сосудистой хирургии, однако тяжесть его заболевания потребовала вмешательства специалистов Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра (Санкт-Петербург). Министр здравоохранения области Алексей Данилов лично провёл переговоры, получив согласие о приёме ребёнка на лечение. В рамках межведомственного взаимодействия МЧС России направило специализированное авиасудно из Ростова-на-Дону для санитарно-авиационной эвакуации больного ребёнка в Северную столицу. Полёт ребёнок перенёс нормально, ему была оказана высокотехнологичная помощь.

«Здоровая» продукция

На IX Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» в Москве региональное министерство представило выставку саратовских производителей, выпускающих «здоровую» продукцию, обогащённую витаминами и полезными микроэлементами. Она вызвала живой интерес у жителей и гостей столицы. «В последнее время Саратовская область стала хорошо звучать на федеральном уровне как в вопросах здравоохранения, так и в социально-экономической сфере», – отметила посетившая выставку заместитель председателя Совета Федерации РФ Галина Карелова,



Пензенская область

Успехи фтизиатрии

Количество операций, выполняемых фтизиохирургами Пензенской области, почти в три раза превышает общероссийские показатели. За 2014 год проведено более 300 операций, в том числе 45 высокотехнологичных по профилю «торакальная хирургия». Хирургический способ лечения туберкулёза здесь считают наиболее эффективным в настоящее время, позволяющим радикально удалить инфекционный очаг, тем самым снижая эпидемиологическую напряжённость в регионе. Благодаря применению новейших технологий и современного оборудования значительно расширен перечень показаний к хирургическому лечению туберкулёза – это большие с сочетанной патологией, хроническими формами заболевания.

Олимпийская зарядка

Одним из главных и наиболее зрелищных мероприятий, приуроченных ко Всемирному дню здоровья, стала массовая зарядка в Физкультурно-оздоровительном комплексе «Чайка» с участием олимпийских чемпионов Игоря Лукашина и Алексея Воеводина. В ней приняли участие почти 150 учащихся школы № 74, медицинского колледжа и института. поприветствовать участников мероприятия прибыл министр здравоохранения Пензенской области Владимир Стрючков. «Проведение таких массовых акций является ярким примером не только активного и позитивного, но и бережного отношения к своему здоровью», – отметил он.



Ульяновская область

Школа главного врача

Инициаторами возрождения обучающих курсов для руководителей учреждений здравоохранения выступили участники движения «За сохранение лучших традиций отечественного здравоохранения». Идею поддержал губернатор Сергей Морозов. В рамках проекта главврачи совместно с ветеранами отрасли и представителями Медицинской палаты будут вырабатывать решения насущных проблем на примере конкретного лечебного заведения. На первом занятии руководители ЛПУ региона посетили и дали оценку работе Старомайской ЦРБ. Также состоялись обучающие лекции по вопросам организации работы главных врачей, этике и деонтологии.

В рамках государственно-частного партнёрства

Инвестиции в здравоохранение Ульяновской области в рамках государственно-частного партнёрства в 2014 году составили порядка четырёх миллиардов рублей. Продолжается строительство перинатального центра, организация работы новой взрослой участковой поликлиники в Засвияжском районе и детской поликлиники в микрорайоне Юго-Западный. Завершается строительство нового Центра современных рентгенэндоваскулярных технологий и частной онкологической клиники в Заволжском районе Ульяновска, продолжается развитие проекта «Доктор рядом». Опыт региона по предупреждению рисков при реализации проектов ГЧП включён в методические рекомендации для других субъектов страны.

Профессиональную деятельность врачей застраховали



Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан заключила договор страхования профессиональной ответственности врачей с одной из ведущих российских страховых компаний. С апреля под защитой страховщиков оказались около четырёх тысяч медицинских работников – членов некоммерческого партнёрства, чья медицинская деятельность включает в себя перечень работ и услуг, указанных в соответствующих лицензиях.

Как пояснил председатель правления ассоциации Ростислав Туишев, врач может рассчитывать на получение страхового возмещения, если он не допустил грубых ошибок или нарушения этических норм. При этом вопрос о выплате страховки

будет решаться совместно правлением, юристами Ассоциации и страховой компании.

«Страхование профессиональной деятельности врачей – это общемировая практика, – комментирует Ростислав Туишев. – Более того, оно является обязательным для медицинских работников, и особенно для представителей специальностей, чья деятельность сопряжена с высокими рисками. Например, хирургов, акушеров и др.»

В Татарстане подобная схема страхования медицинской деятельности предложена впервые. В дальнейшем она будет, возможно, скорректирована с учётом практического опыта применения данного механизма защиты врачей.

Фармацевтический рынок вырос

В Казани состоялось республиканское совещание «Об итогах работы фармацевтической службы РТ за 2014 год и задачах на 2015 год».



Вопросы развития татарстанского фармацевтического рынка и ценообразования лекарственных средств стали здесь одними из ключевых. Заместитель министра здравоохранения РТ Фарид Яркаева сообщила, что по данным аналитического агентства DSM Group в 2014 году объём фармрынка в республике вырос на 10,7 % и составил 24,02 млрд рублей. «Прирост обусловлен увеличением ёмкости розничного сегмента», – пояснила заместитель министра.

Также она отметила, что в условиях санкций одной из приоритетных задач здравоохранения становится контроль ценообразования жизненно необходимых и важнейших лекарств. Фарид Яркаева: «Вопрос доступности препаратов, ассортимента сегодня поставлен во главу угла. В бюджетной части все торги на первое полугодие 2015 года мы провели, поставка идёт стабильно, у льготных категорий граждан никаких проблем не возникнет».

Качество в интересах здравоохранения

В Образовательном центре высоких медицинских технологий прошла III Международная конференция «Качество и управление рисками в здравоохранении».



В Казани состоялась крупнейшая в России конференция, посвящённая менеджменту качества в медицинских учреждениях. «Антикризисное управление в здравоохранении», «Инструменты для построения системы менеджмента качества, которые реально работают» – вот лишь несколько названий прошедших здесь дискуссий, которые говорят сами за себя.

В работе конференции приняли участие российские и международные эксперты: ведущий аудитор ISO 9001 и 14001, директор по проектам компании «Бонекс Инжиниринг» (Сербия) Радомир Бошковиц; преподаватель кафедры управления и экономики здравоохранения ВШЭ Михаил Югай; директор НМЦ молекулярной медицины Владимир Эмануэль; заместитель директора по науке НИИ профилактической медицины НижГМА Ольга Ковалишина.

Стартовал проект «Dive safely! Лёгкой воды!»

Известные спортсмены научат молодёжь города здоровому образу жизни и профилактике ВИЧ.



В рамках подготовки к чемпионату мира по водным видам спорта в Казани стартовал проект «Dive safely! Лёгкой воды!», который позволит использовать потенциал международного события для пропаганды здорового образа жизни. Соглашения о сотрудничестве подписали министр здравоохранения РТ Адель Вафин, директор регионального офиса Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии Винеи Салдана, генеральный директор АНО «Исполнительная дирекция спортивных проектов» Азат Кадыров, генеральный директор АБНО «Новый век» Лилия Таишева. Проект направлен на формирование здоровьесберегающего поведения среди молодёжи, профилактику ВИЧ и других социально значимых заболеваний. В дни проведения чемпионата запланирована серия культурных и информационно-профилактических мероприятий с участием известных спортсменов, послов доброй воли и представителей шоу-бизнеса.



Камиль ЗЫЯТДИНОВ: «Сохраняя традиции, нужно создавать медицину будущего»

22 апреля 1920 года на заседании Казанского губернского исполнительного комитета было учреждено высшее лечебно-учебное заведение – Казанский клинический институт им. В.И. Ленина. Сегодня Казанская государственная медицинская академия, продолжая славные традиции, уверенно смотрит в будущее, внедряя передовые подходы в образовательной и научной деятельности. Об итогах этой плодотворной работы и планах на будущее – в интервью ректора академии, заслуженного врача РФ и РТ, профессора, д. м. н. Камиля Зыятдинова.

– Камиль Шагарович, примите наши поздравления в связи с 95-летним юбилеем академии! Какие уроки можно извлечь из прошлого?

– История создания клинического института последипломного образования врачей неразрывно связана с именем его первого ректора Романа Альбертовича Лурии. Это были непростые времена – страна находилась в обстановке незаконченной Гражданской войны, экономической разрухи. Тем не менее инициативная группа врачей под руководством Р. А. Лурии смогла организовать первые кафедры, у учреждения появились свои клиники.

Институт периодически находился под угрозой закрытия, например, во время голода в Поволжье, Великой Отечественной войны. Несмотря ни на что, его удалось сохранить. Отрадно, что во все времена считалось, что если человек устроился в институт, то он уже состоялся как специалист.

Сегодня КГМА является одним из пяти центров последипломной подготовки врачей в России. Подготовка медицинских кадров проводится на 39 кафедрах. Преподавательский состав – более 500 человек, 85 % из них имеют учёную степень. Ежегодно у нас обучается более восьми тысяч врачей. Новые времена диктуют новые требования к образованию, особенно ощутимо это стало в последние годы.

– Как изменились ваши приоритеты?

– Нашей первоочередной задачей стало укрепление материально-технической базы, без которой невозможно организовать современный образовательный процесс. На балансе академии находятся шесть зданий, состояние многих из которых было просто удручающим. За эти годы были капитально отремонтированы два Дома врача; учебно-лабораторный корпус, где рекон-



струкция и перепланировка помещений девятого этажа позволили разместить дополнительные лекционные залы; здание на ул. Бутлерова, 41. Кроме того, было перестроено пустующее здание Центральной научно-исследовательской лаборатории ещё дореволюционной постройки. Оно было настолько ветхим, что при демонтаже деревянных перекрытий обрушилась часть фасадной стены. В этом году лаборатория начала работу в обновлённом здании, которое полно-



стью соответствует всем современным требованиям. В ЦНИЛ ведётся разработка четырёх новых научных тем, две из них – в сотрудничестве с коллегами из США и Ирландии.

Не менее важной задачей стало внедрение информационных технологий и создание единого электронного образовательного пространства. Пять лет назад у многих наших сотрудников не было ни компьютеров, ни локальной сети, ни Интернета. Сегодня доступ к Сети обеспечен на всех клинических базах, в Домах врача, на кафедрах, в том числе удалённых от административного центра. Сотрудники и обучающиеся имеют возможность пользоваться электронной научной библиотекой и другими ресурсами.

Современные IT-решения позволили нам внедрить дистанционные формы обучения. Дефицит медицинских кадров – актуальная проблема отечественного здравоохранения. Представьте себе ситуацию, когда специалисту из глубинки нужно уехать на один или несколько месяцев на обучение. Далеко не всегда есть врач, который может его на это время



заменить. А изучив материал на платформе дистанционного обучения и пройдя тестирование, он может в течение двух недель изучить теоретическую часть, не приезжая в Казань. К сожалению, ещё не все врачи хорошо владеют компьютером – их мы приглашаем в академию, где они проходят компьютерный «ликбез», обучаются работе в системе дистанционного обучения, где выложены статьи, обучающие фильмы, презентации, идёт общение на форуме с тьютером, коллегами. Впоследствии, при

современное оборудование, благодаря чему наши курсанты имеют возможность познакомиться с передовыми технологиями. В рамках договорных отношений 20 % специалистов этих частных центров мы обучаем бесплатно.

Взаимодействие с лечебными учреждениями, на которых располагаются наши базы, построено на взаимовыгодном сотрудничестве. На клиники ложатся расходы по содержанию кафедр, при этом профессорско-преподавательский состав академии оказывает



рубежных медицинских ассоциаций, центров, университетов США, Швеции, Израиля и др. Регулярно проводятся видеоконференции, телемосты с зарубежными коллегами. Относительно недавно было подписано соглашение о сотрудничестве с Институтом традиционной медицины Китайской академии медицинских наук, совместно с этим учреждением в КГМА регулярно проводятся научно-практические конференции, мастер-классы.

– Какие задачи вы считаете наиболее актуальными на ближайшую перспективу?

– Безусловно, главным для нас было и остаётся государственное задание по образованию, и мы его выполняем на 100 %. Вместе с тем, в связи с широким внедрением в практику дистанционных технологий, количество слушателей, желающих обучаться в академии, постоянно увеличивается. Они проходят образовательные курсы на внебюджетной основе. Востребованность данного направления говорит об успешности академии в целом.

В этом году мы празднуем 70-летие великой Победы. Музей академии принимает участие в проекте «Создание интернет-музея Республики Татарстан, посвящённого Великой Отечественной войне 1941–1945 годов». В 2013 году в холле второго этажа был открыт мемориальный комплекс в память о подвиге наших ветеранов.

В планах на ближайшую перспективу – создание симуляционного центра, проект которого был одобрен в 2014 году Российским обществом симуляционного обучения в медицине. В настоящее время подобная техника уже имеется на некоторых кафедрах, также был приобретён реанимобиль класса «С» для обучения врачей первичного звена.

Большое внимание будет уделяться развитию международного сотрудничества. Этому, в частности, может способствовать получение международного сертификата качества, сегодня мы начинаем к этому готовиться.

Коллективом Казанской государственной медицинской академии проделана огромная работа в сфере подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Наше учреждение, бережно сохраняя славные традиции, сегодня полностью соответствует всем требованиям времени, мы с уверенностью смотрим в завтрашний день, готовы вносить свою лепту в создание медицины будущего.*



необходимости, врач всегда может вернуться к интересующей теме, освежить свои знания.

Логическим продолжением этой работы стало участие в пилотном проекте Минздрава РФ по непрерывному медицинскому образованию, который стартовал в 2013 году. В нём приняли участие 57 слушателей трёх кафедр. Проект успешно реализован, все рекомендации министерства были исполнены. Работа по обеспечению непрерывности образовательного процесса в академии продолжается.

– Дистанционно врач может получить только теоретические знания, а как же практические навыки?

– На сегодня КГМА имеет 69 клинических баз, причём это как ведущие государственные клиники, такие как РКБ, ДРКБ, ГКБ № 7 г. Казани, так и частные. Например, стоматологи проходят практику в Республиканской стоматологической поликлинике, а также в коммерческих медицинских центрах «Эксклюзив дент», «Вильдан», стоматологической клинике «Зубная лечебница» и других. Конкуренция сподвигла частные клиники использовать самое

консультативную и лечебную помощь больным, участвует в экспертных решениях, в экспертизах историй болезни и т.д.

При этом собственных площадей в ЛПУ у нас нет, в 1992 году все имеющиеся клиники академии были переданы на баланс республики. С организационной точки зрения – для КГМА это большой пробел, который мы решили начать восполнять с амбулаторно-поликлинического звена. В 2011 году на первом этаже Дома врача открылась поликлиника академии. Она обслуживает сотрудников и обучающихся. Здесь они проходят бесплатный медосмотр, диспансеризацию, могут получить амбулаторную помощь, работает дневной стационар. Поликлиника является также и клинической базой, здесь организован образовательный процесс.

– И все же академия – это, прежде всего, наука...

– В КГМА проводятся научные исследования по 14 перспективным направлениям, функционируют два диссертационных совета. Большое внимание уделяется международному сотрудничеству. В числе наших партнеров – 39 за-



Время быть здоровым!

Именно под таким лозунгом в Казани прошла акция «День борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями», организованная Минздравом РТ и приуроченная ко Всемирному дню здоровья.

Мероприятия стартовали на стадионе «Трудовые резервы», где состоялась массовая зарядка и флеш-моб с участием около 300 школьников, студентов, представителей Министерства здравоохранения РТ, Министерства по делам молодежи и спорту РТ, администрации стадиона. Акция была призвана привлечь внимание общественности к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний, а также популяризировать здоровый образ жизни.

Не менее масштабными стали мероприятия, проведённые в торговых центрах «Кольцо» и «МЕГА». При поддержке Аппарата Президента РТ и Правительства РТ здесь было проведено скрининговое обследование всех желающих. Специа-

листами центров здоровья Республиканского центра медицинской профилактики, городских поликлиник г. Казани № 1, 7, 10, 18 и Городской клинической больницы № 16 было организовано измерение артериального давления, определение уровня глюкозы и холестерина в крови. Аксию в ТРК «МЕГА» сопровождала концертная программа, организованная Министерством культуры РТ.

У 94 человек из 490 обследованных установлены отклонения от нормы по уровню артериального давления, у 49 – по содержанию глюкозы, у 188 – по холестерину в крови. С учётом полученных результатов даны индивидуальные рекомендации.





Юбилей казанской онкологической школы



В год своего 50-летнего юбилея Казанский городской онкологический диспансер покидает привычное место под Кремлём и переезжает в реконструированное по современным нормам здание на Сибирском тракте.



27 марта Казанскому онкологическому диспансеру, более известному как онкологическая клиника «под Кремлём», исполнилось 50 лет. В чествовании ветеранов, вложивших свой труд и душу в создание казанской школы онкологии, а также специалистов сегодняшнего дня, поддержавших и развивших их традиции, в этот день не раз звучало слово «подвиг». И это не случайно.

«За 50-летнюю историю диспансера десятки тысяч пациентов приходили сюда со своей болью и со своей надеждой, – отметил министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин. – Наверное, ни одно заболевание не может сравниться с онкопатологией, ни одна специальность не может сравниться со специальностью онколога. Ведь этот диагноз переворачивает жизнь человека как песочные часы и начинает обратный отсчёт. От специалиста требуется больше профессиональных и душевных усилий, чтобы поддержать больного и его родственников».

Рустем Хасанов, главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера, главный онколог ПФО, подчеркнул, что сегодня в республике создана мощная онкологическая служба, которая ведёт огромную нужную работу. «Итоги 2014 года ещё раз показали ту пользу, которую он приносит людям, – отметил он. – Всё больше случаев выздоровления, а значит, счастья в семьях».

«Казанский онкологический диспансер – это больница, фундамент которой заложен на сплав науки и практики, – подчеркнула председатель Комитета по социальной политике Госсовета РТ Светлана Захарова. – Она воспитала не одно поколение онкологов, признанных как в отечественной, так и в мировой медицине».

Главный онколог Казани Фоат Ахметзянов напомнил: «В этом учреждении много сделано в научном и практическом плане. К примеру, когда после удаления желудка в московских клиниках летальность составляла до 40 %, в



казанском онкодиспансере цифра была вдвое ниже, а сейчас этот показатель доведён до 5%. На данную технологию мы имеем патенты. При операциях на толстом кишечнике внедрили новые методы ведения больных, которые сокращают их пребывание в стационаре. Это серьёзный вклад в здравоохранение».

В преддверии 50-летнего юбилея Казанский онкодиспансер получил настоящий подарок. По решению Президента республики Рустама Минниханова ему выделено просторное здание бывшей больницы скорой медицинской помощи № 1 на Сибирском тракте, где уже начата реконструкция. В обновлённом стационаре будут созданы все условия для оказания помощи больным: новые операционные и реанимационные, комфортные палаты, современное оборудование. Срок сдачи – август 2015 года. Сотрудники диспансера уверены, что улучшение условий позволит повысить эффективность борьбы с одним из самых грозных заболеваний современности.



ТЕМА НОМЕРА:

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Андрей АНИСИМОВ,
главный хирург Минздрава РТ,
профессор, д. м. н.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ



ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – ИСТЕЧЕНИЕ КРОВИ ИЗ ПОВРЕЖДЁННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ В ПРОСВЕТ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ. СЛУЖИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ШИРОКОГО КРУГА ОСТРЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛЬНУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА.



Источником желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) может являться любой отдел ЖКТ – пищевод, желудок, тонкая или толстая кишка. В зависимости от степени кровопотери и локализации источника

могут возникать рвота цвета «кофейной гущи», дёгтеобразный стул (мелена), слабость, тахикардия, головокружение, бледность, холодный пот, обморочные состояния. Источник ЖКК устанавливается в ходе фиброгастродуоденоскопии, энтероскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, диагностической лапаротомии. Остановка кровотечения может производиться консервативным или хирургическим путём.

В Республике Татарстан с числом населения 3 млн 779 тысяч человек по частоте встречаемости в гастроэнтерологии желудочно-кишечные кровотечения стоят на пятом месте после острого аппендицита,

холецистита, панкреатита и ущемлённых грыж. Проблема борьбы с острыми ЖКК была и остаётся актуальной, так как данная патология характеризуется высокой летальностью при любом виде лечения – консервативном или оперативном. За последние шесть лет в республиканской структуре причин смерти экстренных хирургических больных желудочно-кишечные кровотечения прочно занимают второе место, уступая лишь острому панкреатиту.

ПРИЧИНЫ

На сегодняшний день описано более ста заболеваний, которые могут сопровождаться желудочно-кишечным кровотечением. Все геморрагии условно можно разделить на четыре группы: кровотечения при поражении желудочно-кишечного тракта, портальной гипертензии, повреждениях сосудов и заболеваниях крови.

Кровотечения, возникающие при поражениях желудочно-кишечного тракта, могут быть обусловлены язвенной болезнью

желудка или 12-перстной кишки, эзофагитом, новообразованиями, дивертикулами, грыжами пищевода отверстия диафрагмы, болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, геморроем, анальной трещиной, гельминтозами, травмами, инородными телами и т.д.

Желудочно-кишечные кровотечения на фоне портальной гипертензии, как правило, возникают при хронических гепатитах и циррозах печени, тромбозе печёночных вен или системы воротной вены, констриктивном перикардите, сдавливании воротной вены опухолями или рубцами.

ЖКК, развивающиеся в результате повреждения сосудов, этиологически и патогенетически могут быть связаны с варикозным расширением вен пищевода и желудка, узелковым периартериитом, системной красной волчанкой, склеродермией, ревматизмом, септическим эндокардитом, авитаминозом С, атеросклерозом, болезнью Рандю – Ослера, тромбозом мезентериальных сосудов и др.

Желудочно-кишечные кровотечения нередко возникают при заболеваниях системы крови: гемофилии, острых и хронических лейкозах, геморрагических диатезах, авитаминозе К, гипопротромбинемии и пр.

Факторами, непосредственно провоцирующими ЖКК, могут являться приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств, кортикостероидов, алкогольная интоксикация, рвота, контакт с химикатами, физическое напряжение, стресс и др.

Механизм возникновения кровотечения может быть обусловлен нарушением целостности сосудов (при их эрозии, разрыве стенок, склеротических изменениях, эмболии, тромбозе, разрыве аневризм или варикозных узлов, повышенной проницаемости и хрупкости капилляров) либо изменениями в системе гемостаза (при тромбоцитопатии и тромбоцитопении, нарушениях системы свёртывания крови). Нередко в механизм развития ЖКК вовлекается как сосудистый, так и гемостазиологический компонент.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от отдела пищеварительного тракта, являющегося источником геморрагии, различают кровотечения из верхних отделов (пищеводные, желудочные, дуоденальные) и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (тонкокишечные, толстокишечные, геморроидальные). Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта составляют 80–90 %, из нижних – 10–20 % случаев.

В соответствии с этиопатогенетическим механизмом выделяют язвенные и неязвенные желудочно-кишечные кровотечения. По длительности геморрагии различают острые и хронические кровотечения, по выраженности клинических признаков – явные и скрытые, по количеству эпизодов – однократные и рецидивирующие.

По тяжести кровопотери выделяют три степени кровотечений. Лёгкая степень желудочно-кишечного кровотечения характеризуется: ЧСС – 80 в мин., систолическим АД – не ниже 110 мм рт. ст., удовлетворительным состоянием, сохранностью сознания, лёгким головокружением, нормальным диурезом. Показатели крови: Eг – выше $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb – выше 100 г/л, Ht – более 30 %; дефицит ОЦК – не более 20 %.

При желудочно-кишечном кровотечении средней тяжести ЧСС составляет 100 уд. в мин., систолическое давление – от 110 до 100 мм рт. ст., сознание сохранено, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, диурез умеренно снижен. В крови определяется снижение количества Eг до $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb – до 100–80 г/л, Ht – до 30–25 %. Дефицит ОЦК равен 20–30 %.

О тяжёлой степени желудочно-кишечного кровотечения следует думать при ЧСС более 100 уд. в мин. слабого наполнения и напряжения, систолическом АД менее 100 мм рт. ст., заторможенности пациента, адинамией, резкой бледности, олигурии или анурии. Количество эритроцитов в крови менее $2,5 \times 10^{12}/л$, уровень Hb – ниже 80 г/л, Ht – менее 25 % при дефиците ОЦК от 30 % и выше. Кровотечение с массивной кровопотерей называют профузным.



«Хирургическое сознание не может мириться с тем, что больные гибнут на наших глазах от не остановленного кровотечения», – С.С. Юдин.

СИМПТОМЫ

Клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения манифестируется симптомами кровопотери, зависящими от интенсивности геморрагии. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта сопровождается слабостью, головокружением, бледностью кожи, потливостью, шумом в ушах, тахикардией, артериальной гипотонией, спутанностью сознания, иногда – обмороками.

При кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта появляется кровавая рвота (гематомезис), имеющая вид «кофейной гущи», что объясняется контактом крови с соляной кислотой. При профузном желудочно-кишечном кровотечении рвотные массы имеют алый или тёмно-красный цвет. Другим характерным признаком острых геморрагий из желудочно-кишечного тракта служит дёгтеобразный стул (мелена). Наличие в испражнениях сгустков или прожилок алой крови свидетельствует о кровотечении из ободочной, прямой кишки или анального канала.

Симптомы желудочно-кишечного кровотечения сопровождаются признаками основного заболевания, приведшего к осложнению. При этом могут отмечаться боли в различных отделах ЖКТ, асцит, симптомы интоксикации, тошнота, дисфагия, отрыжка и т.д. Скрытое желудочно-кишечное кровотечение может быть выявлено только на основании

лабораторных признаков – анемии и положительной реакции кала на скрытую кровь.

ДИАГНОСТИКА

Советский хирург, профессор Е.Л. Березов говорил: «Если ты располагаешь какими-нибудь средствами, позволяющими предугадать, остановится ли данное кровотечение самостоятельно или на это рассчитывать нельзя, то вопрос решался бы совсем просто, и никаких разногласий в выборе методов лечения не было бы». Однако, к сожалению, так бывает далеко не всегда. Обследование пациента с желудочно-кишечным кровотечением начинают с тщательного выяснения анамнеза, оценки характера рвотных масс и испражнений, проведения пальцевого ректального исследования. Обращают внимание на окраску кожных покровов: наличие на коже телеангиэктазий, петехий и гематом может свидетельствовать о геморрагическом диатезе; желтушность кожи – о неблагополучии в гепатобилиарной системе или варикозном расширении вен пищевода.

Из лабораторных показателей: проводится подсчёт эритроцитов, гемоглобина, гематокритного числа, тромбоцитов; исследование коагулограммы, определение уровня креатинина, мочевины, печёночных проб.

В зависимости от подозреваемого источника геморрагии в диагностике желудочно-кишечных кровотечений могут применяться различные рентгенологические методы: рентгенография пищевода, желудка, ирригоскопия, ангиография мезентериальных сосудов, целиакография.

Наиболее быстрым и точным методом обследования желудочно-кишечного тракта является эндоскопия (эзофагоскопия, гастроскопия, фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия), позволяющая обнаружить даже поверхностные дефекты слизистой и непосредственный источник ЖКК.

Для подтверждения желудочно-кишечного кровотечения и выявления его точной локализации используются радиоизотопные исследования (сцинтиграфия желудочно-кишечного тракта с мечеными эритроцитами, динамическая сцинтиграфия пищевода и желудка, статическая сцинтиграфия кишечника и др.), МСКТ органов брюшной полости.

ЖКК необходимо дифференцировать от лёгочных и носоглоточных кровотечений, для чего используют рентгенологическое и эндоскопическое обследования бронхов и носоглотки.

ЛЕЧЕНИЕ

Пациенты с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение. После уточнения локализации, причин и интенсивности кровотечения определяется лечебная тактика.

При массивной кровопотере проводится гемотрансфузионная, инфузионная и гемостатическая терапия. Консервативная тактика

при желудочно-кишечном кровотечении является обоснованной в случае геморрагии, развившейся на почве нарушения гемостаза; наличия тяжёлых интеркуррентных заболеваний (сердечной недостаточности, пороков сердца и др.), неоперабельных раковых процессов, тяжёлого лейкоза.

При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода может проводиться его эндоскопическая остановка путём лигирования или склерозирования изменённых сосудов. По показаниям прибегают к эндоскопической остановке гастродуоденального кровотечения, колоноскопии с электрокоагуляцией или обкалыванием кровоточащих сосудов.

В ряде случаев требуется хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения. По этому поводу ещё в 1936 году С.С. Юдин писал: «Надо лечить консервативными методами всех больных, у которых кровотечения неясного происхождения, а следовательно, где хирургу делать нечего. Надо срочно оперировать всех больных со значительными острыми кровотечениями, если язвенный характер последнего твёрдо установлен». Сегодня при язве желудка производится прошивание кровоточащего дефекта или экономная резекция желудка. При язве 12-перстной кишки, осложнённой кровотечением, прошивание язвы дополняют стволовой ваготомией и пилоропластикой либо антрумэктомией. Если кровотечение вызвано неспецифическим язвенным колитом, производят субтотальную резекцию толстой кишки с наложением илео- и сигмостомы.

По результатам работы хирургической службы Республики Татарстан в 2014 году летальность среди всех экстренных хирургических больных с желудочно-кишечными кровотечениями составляет 5,49 % (в % к выбывшим из стационаров). Летальность среди экстренных хирургических больных с ЖКК, поступивших после 24 часов от момента заболевания, – 8,15 % (в Приволжском федеральном округе в 2013 году – 21,0 %). Послеоперационная летальность экстренных хирургических больных с желудочно-кишечными кровотечениями в районах и городах республики – 14,7 % (в Приволжском федеральном округе в 2013 году – 14,1 %).

Таким образом, желудочно-кишечные кровотечения – одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Терапевтическая задача при кровотечении из ЖКТ проста и логична: состояние больного должно быть стабилизировано, кровотечение остановлено и проведено лечение, целью которого является предотвращение впоследствии эпизодов ЖКК. Для этого необходимо установить источник кровотечения и его локализацию. К числу самых серьёзных ошибок, которые могут иметь весьма тяжёлые последствия, относятся: недооценка тяжести состояния больного и начало диагностических и лечебных манипуляций без достаточной подготовки пациента. Прогноз при желудочно-кишечных кровотечениях зависит от причин, степени кровопотери и общесоматического фона (возраста пациента, сопутствующих заболеваний). Риск неблагоприятного исхода всегда крайне высок.

Асия САФИНА,
заведующая кафедрой
педиатрии и неонатологии КГМА,
главный педиатр Минздрава РТ,
профессор, д. м. н.



ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

ПОД ТЕРМИНОМ «ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» ПОНИМАЕТСЯ ПОВЫШЕННАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ В ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК НОСА, ПОЯВЛЕНИЯ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В КОЖУ И СУСТАВЫ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И Т.Д.



У становление причин повышенной кровоточивости у детей может быть успешным в том случае, когда в результате клинико-лабораторных исследований удаётся установить нарушения гемостаза, которые явились

непосредственной причиной их развития.

В зависимости от того, в каком звене системы гемостаза произошли основные нарушения, все геморрагические заболевания подразделяются на следующие группы:

1. Нарушения свёртываемости крови и фибринолиза (коагулопатии).
2. Тромбоцитарные нарушения, включающие в себя тромбоцитопению и качественные аномалии тромбоцитов (тромбоцитопатии).
3. Вазопатии – формы, при которых инициативная роль в развитии кровоточивости принадлежит поражению сосудистого русла.

4. Геморрагические диатезы, характеризующиеся одновременным нарушением в разных звеньях гемостаза – коагуляционном, тромбоцитарном и сосудистом (болезнь Виллебранда, коагулопатия потребления).

Диагностика геморрагического синдрома всегда начинается со сбора анамнеза. Сначала необходимо уточнить, имеем ли мы дело с наследственными или приобретёнными нарушениями гемостаза, а в случаях наследственного генеза – тип наследования. Так, установление того факта, что кровоточивостью в семье страдают только лица мужского пола, а передаётся болезнь только женщинами, сразу же наводит на мысль о гемофилии. Не всегда наследственные нарушения гемостаза являются врождёнными, т.е. выявляются в периоде новорождённости. Например, у больных с гемофилией средней степени тяжести первые признаки кровоточивости могут проявиться только на 3–4 годах жизни, а при лёгкой форме заболевания – значительно позднее.

При сборе анамнеза необходимо также уточнить информацию о предшествующих и фоновых болезнях и

Рис. 1. Типы кровоточивости и заболевания



воздействиях (например, приём лекарственных препаратов), с которыми может быть связана кровоточивость, что будет указывать на приобретённый характер.

Какие ещё вопросы нужно задать родителям, чтобы убедиться, что у ребёнка нет нарушений гемостаза:

1. Были ли у вашего ребёнка мелкоточечные кровоизлияния на коже всего тела или на нижних и верхних конечностях, в местах плотного прилегания одежды, а также на слизистых оболочках?

2. Были или есть десневые, носовые, почечные, желудочно-кишечные кровотечения (рвота «кофейной гущей», тёмный стул), кровоизлияния в суставы?

3. Как долго заживала пупочная ранка, и сколько времени продолжалось кровотечение из дёсен при смене молочных зубов, после травмы, операции, удаления зубов и пр.?

4. Наблюдались ли подобные явления у ближайших родственников (особенно у мужчин) по линии матери?

5. Какие особенности менструаций у девочек-подростков, каков объём теряемой при этом крови?

Следующий этап диагностики – это клиническая оценка геморрагического синдрома. Так как каждый вид нарушений гемостаза имеет чёткие клинические различия, прежде всего необходимо определить тип кровоточивости у ребёнка. Существуют пять типов кровоточивости, по которым с большой долей вероятности можно установить поражение сосудистого, коагуляционного, тромбоцитарного или сразу нескольких компонентов гемостаза.

1. Гематомный тип. Для него характерны глубокие, обширные, болезненные кровоизлияния в подкожную клетчатку, под апоневрозы, в серозные оболочки,

мышцы и суставы, обычно после травм с развитием деформирующих артрозов, контрактур, патологических переломов. Наблюдаются длительные, профузные посттравматические и послеоперационные кровотечения, реже – спонтанные. Выражен поздний характер кровотечений, то есть спустя несколько часов после травмы. Возможны профузные носовые, почечные и желудочно-кишечные кровотечения. Гематомный тип характерен для гемофилии А и В, редко С (дефицит факторов VIII, IX, XI). Приобретённые формы в подавляющем большинстве случаев связаны с появлением в крови иммунных ингибиторов VIII фактора.

2. Петехиально-пятнистый или микроциркуляторный тип характеризуется петехиями, экхимозами на коже и слизистых оболочках, спонтанными (возникающими преимущественно по ночам несимметричными кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки) или возникающими при малейших травмах кровотечениями: носовыми, десневыми, маточными, почечными. Отсутствуют гематомы и гемартрозы, оперативные вмешательства проходят, как правило, без большой кровопотери – серьёзную опасность могут представлять ЛОР-операции. Возможны кровоизлияния в мозг. Длительность кровотечения при них увеличивается. Микроциркуляторный тип наблюдается при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях, при гипо- и дисфибриногемиях, дефиците факторов II, V, VII, X (наследственный дефицит этих прокоагулянтов крайне редок), дефиците витамина К.

3. Смешанный (микроциркуляторно-гематомный) тип характеризуется сочетанием двух вышеперечисленных форм и некоторыми особенностями; преобладает микроциркуляторный тип, гематомный тип выражен незначительно (кровоизлияния преимущественно в подкожную клетчатку). Кровоизлияния в суставы редки. Смешанный тип кровоточивости отмечается при тяжёлой форме болезни Виллебранда, дефиците факторов VII, XIII.

Табл. 1. Ориентировочная схема обследования при определении причин кровоточивости

ОСНОВНОЙ МЕТОД	ПАТОЛОГИЯ
время кровотечения по Дьюку	более 4 мин.
количество тромбоцитов в крови	менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$
оценка агрегационной функции тромбоцитов с использованием таких индукторов, как АДФ, адреналин и коллаген	гипоагрегация
активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ)	гипокоагуляция
протромбиновое время	гипокоагуляция
концентрация фибриногена	менее 1,0 г/л
дополнительные методы,	
в случае наличия увеличения времени кровотечения и гипокоагуляции по АПТВ:	
фактор Виллебранда	менее 55 % активности
факторы VIII и IX	менее 40 % активности

Этот тип кровоточивости характерен и для приобретённых форм нарушения гемостаза, в первую очередь для ДВС-синдрома, а также для комплексного дефицита факторов II, V, VII, X, наблюдающегося при геморрагической болезни новорождённого, при тяжёлых гепатитах, передозировке или случайном приёме ребёнком антикоагулянтов непрямого действия.



4. Васкулитно-пурпурный тип обусловлен воспалительными явлениями в микрососудах на фоне иммуно-аллергических и инфекционно-токсических нарушений. Наиболее распространённым заболеванием этой группы является геморрагический васкулит (синдром Шенлейна – Геноха). Геморрагический синдром представлен преимущественно на ногах и вокруг крупных суставов. Элементы сыпи несколько возвышаются над поверхностью кожи, а при тяжёлом течении васкулита сливаются, над ними часто образуются корочки, участки некрозов. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для заболеваний, протекающих с системным микротромбоваскулитом, при котором сосуды кожи поражаются циркулирующими иммунными комплексами и активированными компонентами системы комплемента. У детей наиболее часто встречается геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна – Геноха). При тяжёлом течении этой болезни могут встречаться кишечные кровотечения и гематурия.

5. Ангиоматозный тип. Встречается редко при различных вариантах наследственной телеангиэктазии (болезнь Рандю – Ослера), при ангиомах, артериовенозных шунтах. Для этого заболевания характерны упорные, повторяющиеся, строго локализованные и обусловленные локальной сосудистой патологией носовые, желудочно-кишечные, почечные и др. кровотечения. Кровотечения возникают из телеангиозктазов – узловатых или звёздчатых сосудистых расширений, которые обнаруживаются на коже и слизистых оболочках. Вне телеангиозктазов кровоточивость не отмечается.

Руководствуясь данными о типах кровоточивости и заболеваниях, при которых они наблюдаются, клиницист существенно приближается к диагнозу и получает представление, в каком направлении ему следует вести лабораторное исследование системы гемостаза (рис.1).

Скрининговые тесты для оценки сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у ребёнка с пятнисто-петехиальным или смешанным типом кровоточивости:

- удлинение времени кровотечения по Дьюку;
- снижение числа тромбоцитов в крови;
- снижение индуцированной агрегации тромбоцитов.

Скрининговые тесты для оценки плазменного звена гемостаза при гематомном или смешанном типе кровоточивости:

- удлинение АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время);
- удлинение протромбинового времени (по Квику);
- удлинение тромбинового времени и/или снижение фибриногена (табл.1).

Таким образом, повышенная кровоточивость у детей является серьёзной проблемой здравоохранения, поскольку несвоевременная диагностика нарушений гемостаза может представлять угрозу для жизни ребёнка во время оперативных вмешательств, при травмах и пр. Возраст появления повышенной кровоточивости может быть самый разный – от периода новорождённости до пубертата у девочек. Задачей клинициста является своевременная диагностика нарушений гемостаза у детей с повышенной кровоточивостью, которая базируется на тщательном сборе анамнеза, клинической и лабораторной оценке.

Айнагуль БАЯЛИЕВА,
заведующая кафедрой анестезиологии и
реаниматологии, медицины катастроф Казанского
государственного медицинского университета,
профессор, д. м. н.

ПОДВОДНЫЕ КАМНИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



В НАШЕЙ СТАТЬЕ МЫ РАССКАЖЕМ О ТОМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ МАССИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, И КАКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭТОЙ КАТАСТРОФЫ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБНАДЕЖИВАЮЩИМИ.



Несмотря на значительные успехи в лечении многих заболеваний и критических состояний, кровотечение является пусковым моментом необратимых процессов в клетке организма. Клинически

значимое кровотечение не обязательно может быть в больших объёмах; например, при внутричерепном, интраспинальном, интраокулярном кровотечениях большее значение имеют сдавление и ишемия органов, расположенных в ограниченном пространстве. Также известно, что острую кровопотерю называют массивной, если в течение 1–2 часов ориентировочно оцененная потеря крови составила не менее 30 % её первоначального объёма, и при этом регистрируются стойкое снижение артериального и пульсового давления (разность между систолическим и диастолическим АД), спадение периферических вен (симптом

пустых сосудов), уменьшение почасового диуреза, одышка, выраженная бледность кожных покровов и конъюнктив.

Существуют и чисто количественные определения массивной кровопотери: потеря 1 объёма циркулирующей крови (ОЦК) в течение 24 часов или 50 % ОЦК за 3 часа, или кровотечение со скоростью 150 мл/мин, или потребность более 4 ЕД эритроцитарной массы в течение 1 часа [Guideline son the management of massive bloodloss. British Committee for Standards in Haematology // British Journal of Haematology, 2006; Dawes R., Thomas R. Battlefield resuscitation // Current Opinion in Critical Care. – 2009].

В настоящее время одним из наиболее обнадеживающих результатов лечения является выполнение Протокола массивной трансфузии, который включает в себя организационные вопросы, клинические подходы и максимальную заместительную терапию (Жибурт Е.Б. // Менеджмент крови пациента при критическом кровотечении и массивной трансфузии // Вестник Национального медико-

хирургического центра им. Н.И. Пирогова, 2013, т. 8, № 4). Необходимо также помнить, что порядок переливания крови и её компонентов в настоящее время регламентируется федеральным документом: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) её компонентов».

В стационарах, где наиболее часто сталкиваются с проблемой кровотечений, возникает необходимость выполнения основных положений данных документов. В современном мире трансфузию крови и её компонентов расценивают как трансплантацию. При переливании донорской крови возникает нагрузка, влияющая на систему гомеостаза и вызывающая в той или иной степени иммунологический ответ с негативными последствиями. Достижения современной медицины позволяют предупредить осложнения при переливании крови, которые, к сожалению, ещё встречаются и даже могут заканчиваться смертью реципиента. Причинами осложнений очень часто, к сожалению, являются ошибки при переливании крови, которые обусловлены или недостаточной квалификацией врача, или нарушением правил и техники переливания крови на различных этапах. К ним относятся: неправильное определение показаний и противопоказаний к переливанию, ошибочное определение групповой или резус-принадлежности, неправильное проведение проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента.

Также причинами невыполнения норм Протокола могут стать: банальная нехватка того или иного препарата крови; «временной фактор»; ошибки при подготовке реципиента, заказе и транспортировке; неготовность компонентов.

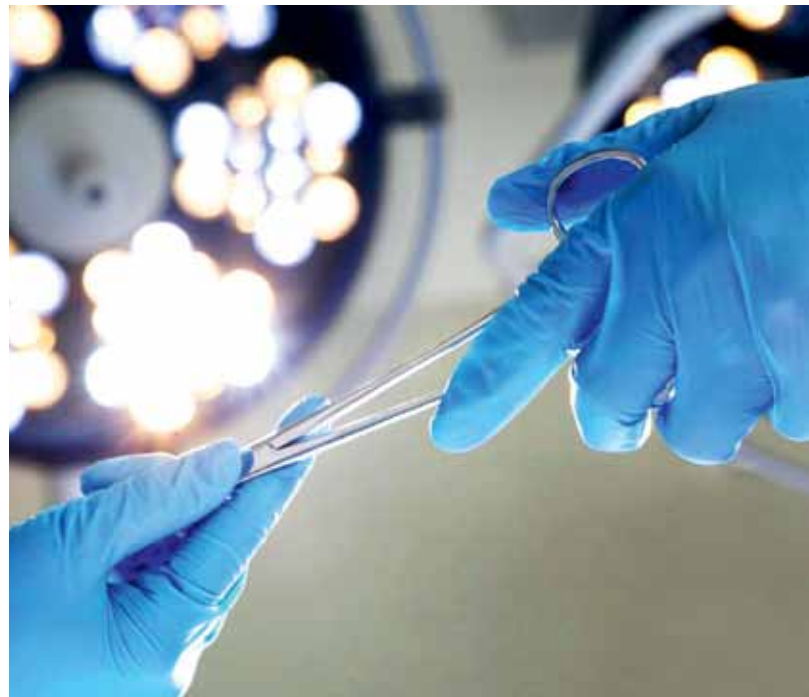
Методичное, грамотное выполнение правил и обоснованные последовательные действия врача при переливании крови определяют его успешное проведение. Хотя этот метод лечения широко распространён в клинической практике, все же, если можно обеспечить эффективное лечение больного без переливания крови или нет уверенности, что оно принесёт пользу пациенту, от переливания крови и/или её заменителей лучше отказаться. Большое внимание в настоящее время уделяют подходу к переливанию отдельных компонентов крови, в зависимости от дефицита (эритроциты, тромбоциты), малообъёмной инфузионной терапии и заместительной терапии дефицита факторов свёртывания крови (СЗП, криопреципитата, концентрата протромбинового комплекса, VII фактора свёртывающей системы крови).

Основным грозным осложнением/следствием массивной кровопотери является диссеминированное внутрисосудистое свёртывание (ДВС). Наиболее общее определение было сформулировано в 1995 году Muller-Berghaus G.: «ДВС – приобретённый синдром, характеризующийся активацией внутрисосудистой коагуляции и в дальнейшем формированием фибриновых сгустков в просвете сосудов. Процесс может сопровождаться вторичным гиперфибринолизом или депрессией фибринолитической активности».

ДВС не является болезнью как таковой, а представляет собой синдром, который всегда вторичен по отношению к основному заболеванию. ДВС осложняет различные клинические состояния, наиболее важными из которых являются: сепсис, травма, онкологические заболевания (солидные опухоли, острая лейкемия), акушерско-гинекологическая патология (эмболия околоплодной жидкостью, отслоение плаценты), сосудистая патология (синдром Казабаха – Мерритт, аневризма аорты), серьёзные аллергические или токсические реакции (Морозов Ю.А., Ройтман Е.В., 2013).

ДВС при бактериальном сепсисе встречается в 30–50 %, при обширной травме – в 50–70 %, а при онкологических заболеваниях – в 15–20 %. Данный синдром вносит значительный вклад в развитие полиорганной недостаточности. Гистологические исследования выявляют ишемию и некрозы из-за фибриновых сгустков в микрососудах различных органов.

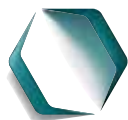
В основе диагностики ДВС-синдрома находятся как лабораторные показатели гемостаза, так и клинические данные (кровоточивость, острая почечная недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослых). Лечение должно быть комплексным, включая как медикаментозную терапию критического состояния, вызвавшего ДВС-синдром, так и заместительную терапию дефицита факторов свёртывания, а также заместительную терапию функции лёгких (ИВЛ) при РДСВ, заместительную почечную терапию при ОПН. При тотальном геморрагическом синдроме противопоказано: проведение катетеризации центральных вен, лапароскопии, люмбальной пункции, пункции плевральной полости. Все указанные процедуры выполняются после восстановления гемостатического потенциала крови. Возможен венозный доступ только



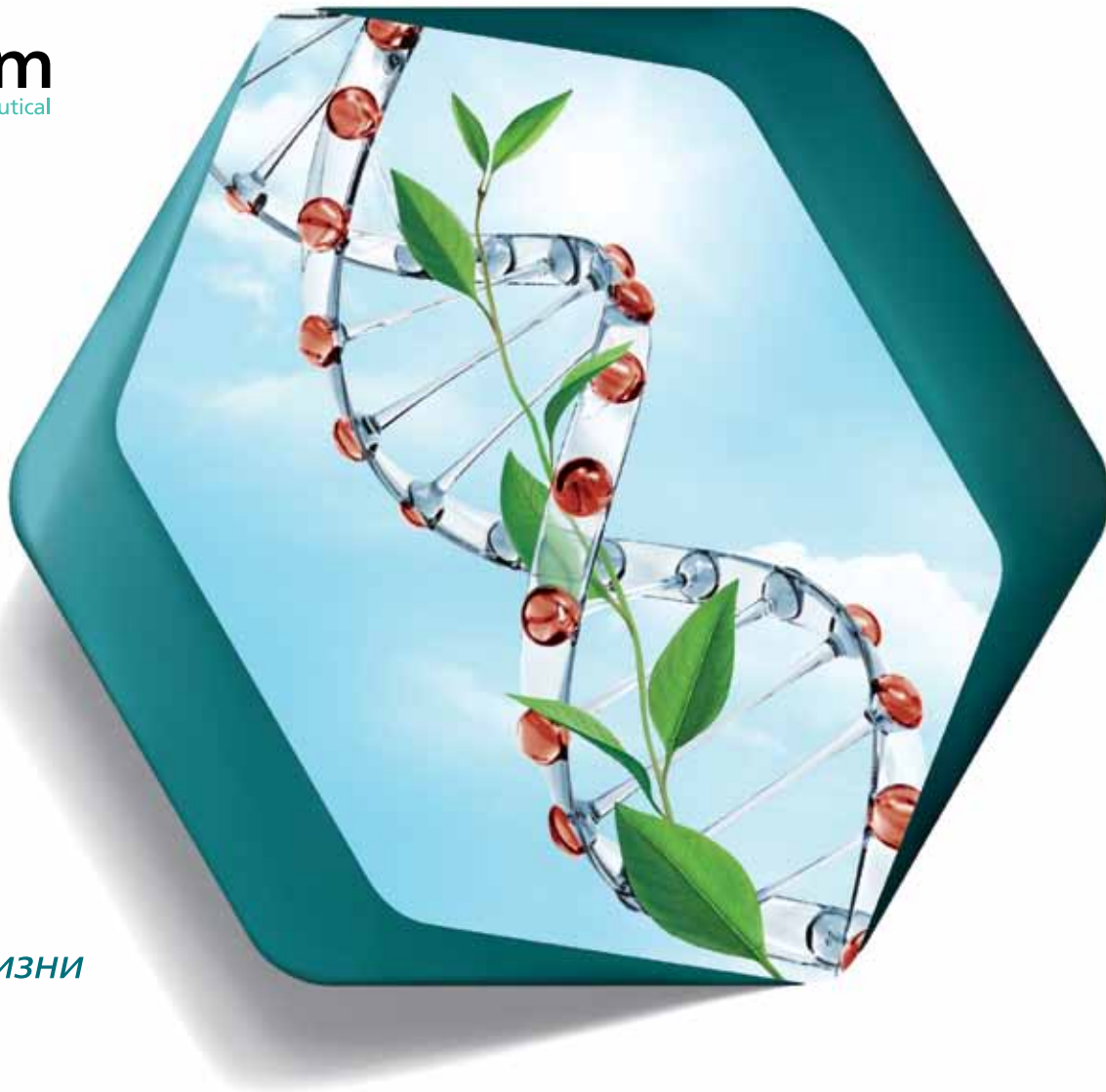
при катетеризации периферической вены или венесекции с проведением катетера.

Наиболее распространёнными ошибками являются:

- проведение гепаринотерапии только на основании лабораторного подтверждения ДВС-синдрома крови без учёта клинической ситуации; подобный односторонний подход может привести к чрезмерно большой кровопотере при операции или родоразрешении;
- представление о ДВС-синдроме крови только как о геморрагическом синдроме, без учёта предшествующей фазы – тромбообразования в системе микроциркуляции с формированием РДСВ и ОПН, отёка головного мозга – полиорганной недостаточности;
- лечение проявлений ДВС-синдрома без эффективной терапии основного заболевания.



Generium
Pharmaceutical



*Рекомбинантные
технологии
для полноценной жизни*

Коагил-VII

Эптаког альфа (активированный)

Регистрационный номер: ЛСР-010225/09 от 15.12.2009. Торговое название препарата: Коагил-VII. МНН: эптаког альфа (активированный). Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.

1 ФЛАКОН С ПРЕПАРАТОМ СОДЕРЖИТ, мг:

Эптаког альфа (активированный)	1,20 (60 КЕД/ 60 тыс. МЕ)	2,40 (120 КЕД/ 120 тыс. МЕ)	4,80 (240 КЕД/ 240 тыс. МЕ)
натрия хлорид (Eur. Ph.)	5,84	11,68	23,36
кальция хлорида дигидрат (Eur. Ph.)	2,94	5,88	11,76
глицилглицин (Eur. Ph.)	2,64	5,28	10,56
полисорбат-80 (Eur. Ph.)	0,14	0,28	0,56
маннитол (Eur. Ph.)	60,00	120,00	240,00

1КЕД соответствует 1000 МЕ. Растворитель — вода для инъекций. 1 мл приготовленного раствора содержит эптаког альфа (активированный) — 0,6 мг. Фармакотерапевтическая группа: гемостатическое средство. Код АТХ: B02BD08.

Показания к применению:

Для остановки кровотечений и профилактики их развития при проведении хирургических вмешательств и инвазивных процедур у пациентов с гемофилией (наследственной или приобретенной) с высоким титром ингибитора к факторам свертывания крови VIII или IX; врожденным дефицитом фактора свертывания крови VII; тромбастенией Гланцмана при наличии антител к гликопротеинам IIb-IIIa и рефрактерностью (в настоящем или прошлом) к трансфузиям тромбоцитарной массы.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к белкам мышей, хомячков или коров, а также к активному компоненту препарата и вспомогательным веществам.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ЗАО «ГЕНЕРИУМ», г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, офис 726
Тел./факс: +7(495) 988-47-94.
www.generium.ru

Геншат ГАЛЯУТДИНОВ,
заместитель декана лечебного факультета
КГМУ, профессор кафедры факультетской
терапии и кардиологии, д. м. н.



СОВРЕМЕННАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

В 2016 ГОДУ ИСПОЛНИТСЯ 100 ЛЕТ СО ДНЯ, КОГДА СТУДЕНТ-МЕДИК MCLEAN ОТКРЫЛ ФОСФОЛИПИДНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ, А РУКОВОДИТЕЛЬ ЛАБОРАТОРИИ, ИЗВЕСТНЫЙ ФИЗИОЛОГ HOWELL, ЭКСТРАГИРОВАЛ ЭТУ СУБСТАНЦИЮ ИЗ ПЕЧЕНИ СОБАКИ, ДАВ ЕМУ НАЗВАНИЕ «ГЕПАРИН».

В

1930 году С. Best, с именем которого связано открытие инсулина, разработал метод экстракции гепарина из лёгких крупного рогатого скота.

В 1939–1941 годах канадский хирург G. Murray и шведский

хирург С. Clafoord впервые использовали гепарин для профилактики послеоперационных тромбозов, хотя первый и не совсем удачный опыт применения уже был в 1924-м.

При клиническом применении нефракционированного (стандартного) гепарина необходимо помнить о ряде моментов. Использование препарата в лечебных дозах должно быть основано на лабораторном мониторинге антикоагулянтной терапии. Он включает:

1. АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) – удлинение в 1,5– 2,5 раза от исходных (27–35 секунд) значений.

2. Тромбиновое время – удлинение в 3 раза от исходного (14–16 секунд) значения.

3. Определение уровня антитромбина III.

4. Определение количества тромбоцитов в крови на 5–7-й и на 10–14-й дни терапии.

5. Время свёртывания крови.

6. Активированное время свёртывания (при использовании больших доз гепарина при операциях на сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения).

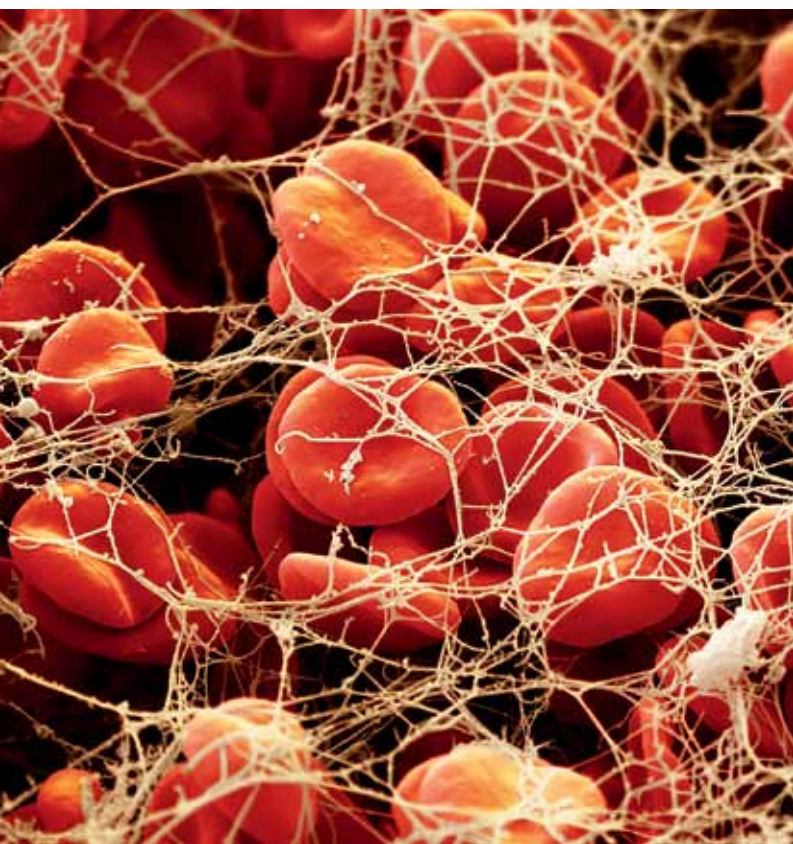
7. Определение свидетелей тромбообразования (РФМК, D-димер).

Лабораторный мониторинг при использовании профилактических доз нефракционированного гепарина не разработан. Более того, с этой целью лучше пользоваться низкомолекулярными гепаринами.

Низкомолекулярные гепарины нового поколения синтезированы из стандартного гепарина. Они отличаются

более предсказуемой антикоагулирующей реакцией на введённую дозу, и соответственно при их применении требуется меньший лабораторный контроль. Важным преимуществом низкомолекулярных гепаринов перед стандартным гепарином является значительно меньшее влияние на тромбоциты и низкая частота развития тромбоцитопении.

Определение антитромбина III вызвано тем фактом, что гепарин оказывает антикоагулянтное действие только после взаимодействия и в комплексе с данным физиологическим антикоагулянтом. Выраженный врождённый или приобретённый дефицит антитромбина III снижает эффекты гепарина. Несмотря на предшествующий длительный опыт клинического применения препарата, антитромбин III, который является основной мишенью фармакологического действия гепарина, в гомогенном виде был выделен только в 1968 году (U. Abildgaard), а его первичная структура установлена уже в восьмидесятые годы.



В пятидесятые годы начинается клиническое использование непрямых антикоагулянтов. Они действуют за счёт уменьшения концентрации в плазме крови полноценно функционирующих факторов свёртывания (витамин К-зависимых факторов).

Длительный период применения гепарина, появление других антикоагулянтных средств не пошатнули позиции препарата в клинике. Это связано не только с тем, что гепарин относительно недорогой. У нефракционированного гепарина короткий период действия (около 4–6 часов), что обеспечивает хорошую управляемость гипокоагуляции. Кроме того, препарат не имеет ограничений по дозе при хронической почечной недостаточности.

В 1981 году Jan Choay первым продемонстрировал роль фракционированного (низкомолекулярного) гепарина в клинической практике. В последующем был синтезирован низкомолекулярный гепарин и пентасахаридный участок, способный связываться с антитромбином III. Всё это привело к появлению на фармацевтическом рынке большого количества низкомолекулярных гепаринов, и первым среди них был надропарин кальция. Если нефракционированный гепарин в равной степени подавляет активность IIa фактора (тромбина) и Ха фактора (протромбиназа), то низкомолекулярные гепарины во много раз активнее в отношении Ха фактора, превращающего протромбин в тромбин.

При проведении лабораторного мониторинга в период применения лечебных доз низкомолекулярного гепарина следует учитывать, что он не может быть осуществлён по величине АЧТВ, так как этот показатель практически не изменяется, поскольку низкомолекулярные гепарины обладают преимущественно анти-Ха активностью.

Необходимо определять количество тромбоцитов примерно на 5–7-й день лечения, и если препарат продолжает вводиться и далее, то и на 10–14-й день лечения.

У низкомолекулярных гепаринов различна клиническая эффективность. Достаточно сказать, что при колоректальном раке эффективность фраксипарина оказалась выше при меньшем количестве геморрагических осложнений при сравнении с клексаном. Низкомолекулярные гепарины имеют не только различную молекулярную массу, они различаются технологией производства. Один из последних низкомолекулярных гепаринов – бемипарин – имеет самую короткую длину молекулы и зарегистрирован в нашей стране только как препарат для применения в профилактических дозах.

Исследования механизма действия гепаринов выявили уникальную возможность воздействовать только на фактор Ха. Речь идёт о создании синтетического пентасахаарида, который в комплексе с эндогенным антитромбином III будет ингибировать фактор Ха и не воздействовать на тромбин. В настоящее время создан и зарегистрирован на территории России только один препарат – ингибитор фактора Ха, который применяется парентерально и является непрямым ингибитором (эффект опосредован через антитромбин III). Фондапаринукс одобрен для профилактики венозного тромбоза, при ортопедических операциях, у тяжёлых терапевтических больных, лишённых возможности двигаться, для лечения тромбоза глубоких вен конечностей и тромбозомболии ветвей лёгочной артерии.

С 2007 года препарат разрешён для лечения острого коронарного синдрома на территории России.

Последнее десятилетие стало началом эпохи создания новых антикоагулянтов. Появился класс – «новые пероральные антикоагулянты», сокращённо НПОАК. Во-первых, все эти препараты предназначены для приёма внутрь. Во-вторых, их механизм действия не опосредованный, а прямой. Эти препараты прямо ингибируют IIa фактор (антикоагулянты класса «гатранов») или Ха фактор (антикоагулянты класса «ксабанов»). Они быстро начинают действовать, оказывают достаточно длительный эффект, не требуют мониторинга гипокоагуляции, достаточно безопасны. Основным, но не единственным показанием для их применения является профилактика тромбозомболических осложнений при мерцательной аритмии. Узловыми моментами при клиническом применении данных препаратов являются вопросы дифференцированного назначения того или

иного НПОАК в конкретной ситуации. Если у пациента с мерцательной аритмией высокий риск кровотечений (по шкале HAS-BLED ≥ 3), необходимо назначить препарат, который может дать наименьшую частоту кровотечений. Это дабигатран в дозе 110 мг два раза в сутки или апиксабан.

Если у пациента с мерцательной аритмией в анамнезе было желудочно-кишечное кровотечение, или в настоящее время сохраняется высокий риск кровотечения, то необходимо остановиться на препарате, у которого при клиническом использовании отмечается наименьший риск желудочно-кишечных кровотечений. На сегодняшний день – это апиксабан.

При высоком риске ишемического инсульта и низком риске кровотечений выбор останавливается на препарате/дозе с наилучшим снижением риска ишемического инсульта – дабигатране, 150 мг два раза в сутки.

В случае перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения у лиц с мерцательной аритмией необходимо назначить препарат, наиболее эффективный для вторичной профилактики инсульта. В данном случае наибольшая доказательная база существует для ривароксабана и апиксабана.

При мерцательной аритмии, обусловленной ишемической болезнью сердца, у лиц с перенесённым инфарктом миокарда или высоким риске развития острого коронарного синдрома/инфаркта миокарда, выбор должен остановиться на препарате с наибольшим эффектом при остром коронарном синдроме. Это ривароксабан.

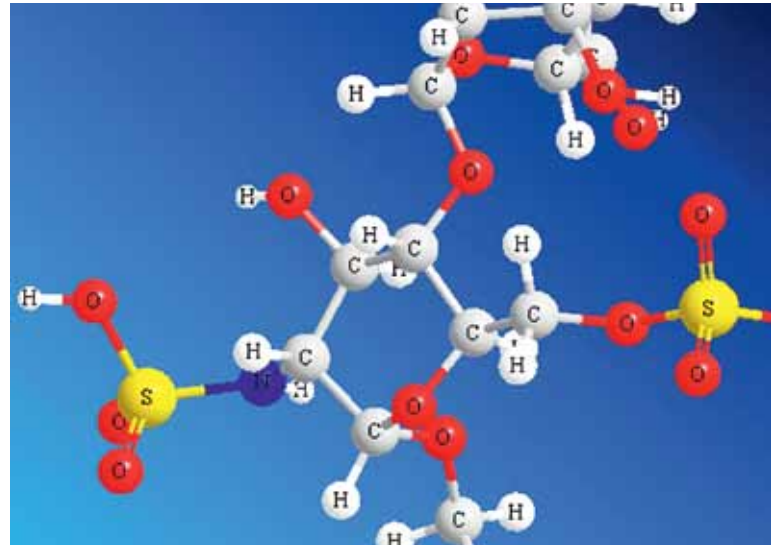
При сочетании мерцательной аритмии с хронической почечной недостаточностью назначается препарат, у которого наименьшая зависимость от почечной функции. В данном случае предпочтительны апиксабан и ривароксабан.

При выраженных диспептических расстройствах назначается препарат с минимальным числом диспептических расстройств – апиксабан или ривароксабан. Несмотря на то, что дабигатран при сравнении с варфарином и даёт большее число диспептических расстройств, они достаточно легко корректируются назначением препарата совместно с приёмом пищи или увеличением объёма потребляемой жидкости.

Если пациент с мерцательной аритмией отдаёт предпочтение только однократному приёму перорального антикоагулянта, выбор можно остановить на ривароксабане.

Эпоха клинического применения гепаринов совпала с открытием ещё одной группы антикоагулянтов. В 1939 году из поражённого плесенью донника было выделено вещество, которое при окислении даёт дикумарол. В том же году синтетически получен альфа-филлохинон (витамин K1). В 1942 году академик А.В. Палладин создал аналог витамина K – викасол. В пятидесятые годы начинается клиническое использование непрямых антикоагулянтов. Они действуют за счёт уменьшения концентрации в плазме крови полноценно функционирующих факторов свёртывания (витамин K-зависимых факторов). Клинический опыт применения препарата огромен. Несмотря на необходимость тщательного лабораторного мониторинга, возможность возникновения побочных реакций уже с первых суток назначения препарата, появления на рынке новых лекарственных средств, антагонисты витамина K сохраняют свою нишу

среди всех пероральных антикоагулянтов. Это: нарушения функции почек, перенесённый острый коронарный синдром, ангиопластика и стентирование (покрытые стенты), при искусственных механических клапанах сердца, при гипертрофической кардиомиопатии, у детей и подростков, при отсутствии уверенности в наличии антитота, непереносимости новых препаратов, невозможности покупать дорогие препараты. Прежде всего, необходимо помнить об использовании антикоагулянтов при искусственных механических клапанах сердца. Новые пероральные антикоагулянты при данной патологии не используются. Антагонисты витамина K, в отличие от новых



В 1981 году Jan Choay первым продемонстрировал роль фракционированного (низкомолекулярного) гепарина в клинической практике. В последующем был синтезирован низкомолекулярный гепарин и пентасахаридный участок, способный связываться с антитромбином III. Всё это привело к появлению на фармацевтическом рынке большого количества низкомолекулярных гепаринов, и первым среди них был надропарин кальция.

пероральных антикоагулянтов, позволяют блокировать внутренний путь активации свёртывающей системы крови, предупреждая последствия активации контактного фактора свёртывания крови. Кроме того, в исследованиях по новым пероральным антикоагулянтам не включались пациенты «с гемодинамически значимыми пороками» или «с гемодинамически значимым митральным стенозом», или «с умеренным или тяжёлым митральным стенозом». Таким образом, у больных с мерцательной аритмией на фоне механических протезов клапана применяется только антагонист витамина K. При наличии протеза митрального клапана целевое МНО должно быть не менее 2,5, а после протезирования аортального клапана – не менее 2,0.

Таким образом, клиническое применение антикоагулянтов имеет многолетнюю историю. Данная группа средств всегда представляла опасность с позиций развития геморрагических осложнений и побочных реакций. Успешное решение вопросов профилактического и лечебного использования антикоагулянтов требует не только фундаментальных знаний, но и реального практического опыта у врача.



Ильдар Фаткуллин,
заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии № 2 КГМУ, д. м. н., профессор



Асия СУБХАНКУЛОВА,
доцент кафедры акушерства
и гинекологии № 2 КГМУ, к. м. н.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

ОСНОВНЫЕ ТРЕНДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ – ОДНО ИЗ САМЫХ ОПАСНЫХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЗАНИМАЮТ ОДНО ИЗ ПЕРВЫХ МЕСТ КАК В МИРЕ, ТАК И В РОССИИ.



Кровотечениям приводят нарушения процессов отделения плаценты и выделения последа, снижение сократительной активности миометрия (гипо- и атония матки), травматические повреждения родовых путей и нарушения в системе гемостаза.

Основными причинами осложнений и летальности при акушерских кровотечениях являются: нарушение этапности оказания акушерской помощи, запоздалый неадекватный гемостаз, неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии. Остаётся высокой роль ятрогенных факторов, связанных с «акушерской агрессией». Это необоснованная индукция и стимуляция родовой деятельности, амниотомия при «незрелой» шейке матки и, как следствие, кесарево сечение, неадекватная оценка кровопотери.

По объёму кровопотери различают:

- физиологическая кровопотеря – до 10 % объёма циркулирующей крови (ОЦК) или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения;
- патологическая кровопотеря – от 10 до 30 % ОЦК или более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения;
- массивная кровопотеря – превышающая 30 % ОЦК.

Факторами риска кровотечений являются: предлежание и вращение плаценты, нарушения в системе гемостаза, длительная родостимуляция, многоплодная беременность, крупный плод, многоводие, возраст матери старше 40 лет, более трёх родов в анамнезе, экстрагенитальные заболевания.

В 2014 году был принят Клинический протокол «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях» (письмо МЗ РФ от 29.05.2014 № 15-4/10/2-3881), согласно которому основные причины кровотечений определяются по правилу «четырёх Т»:

T (tone) – нарушение сокращения матки (гипо- или атония);
T (tissue) – задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;

T (trauma) – травма родовых путей, разрыв матки;

T (trombin) – нарушения свёртывающей системы крови.

Профилактика послеродового кровотечения у женщин группы высокого риска включает отказ от акушерской агрессии в родах (необоснованные амниотомия и кесарево сечение), своевременное введение транексамовой кислоты 15 мг/кг массы тела и нового эффективного утеротоника карбетоцина.

Данный протокол предусматривает консервативный и хирургический этапы оказания помощи при акушерских кровотечениях.

На первом этапе меры остановки кровотечения включают:

1. Ручное отделение плаценты и выделение последа при начавшемся кровотечении или через 30 минут после родов.
2. Ручное обследование послеродовой матки с удалением остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно).
3. Наружно-внутренний массаж и зашивание разрывов мягких родовых путей.
4. Назначение утеротоников.
5. Введение транексамовой кислоты 1000 мг в/в.
6. Инфузионно-трансфузионная терапия: введение кристаллоидных растворов – до 2000 мл, препаратов гидроксизилкрахмала и модифицированного желатина – до 500–1500 мл.

Коррекция нарушений параметров гемостаза регламентируется Приказами МЗ РФ от 2.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и её компонентов», а также № 572н от 12.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Основным компонентом при борьбе с коагулопатическим кровотечением является свежемороженая плазма (СЗП), в которой сохранены все необходимые факторы, способствующие стабилизации системы гемостаза. Инфузия СЗП проводится в объёме не менее 1000 мл. Помимо этого, применяется рекомбинантный VII фактор. При снижении уровня гемоглобина (Hb) менее 70 г/л показано введение эритроцитарной массы. Криопреципитат и концентрат тромбоцитов назначаются по показаниям.

Стратегия органосохраняющих вмешательств при развившемся кровотечении требует привлечения современных технологий. Ведущую роль в этом комплексе играют малоинвазивные хирургические вмешательства как альтернатива гистерэктомии. Поэтому при продолжающемся кровотечении приступают ко второму этапу оказания помощи, который включает управляемую баллонную тампонаду матки, наложение компрессионных швов по В-Lynch или Pereira и инфузионно-трансфузионную терапию в зависимости от величины кровопотери.

При угрожающем жизни кровотечении и/или отсутствии эффекта от предыдущих этапов приступают к хирургическому лечению (третий этап): лапаротомии с перевязкой маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий.

Гистерэктомия наиболее часто применяется при массивном послеродовом кровотечении и является последним этапом, если все



предыдущие хирургические мероприятия не дали должного эффекта. Её преимуществом является быстрое устранение источника кровотечения. К недостаткам операции относятся потеря матки, необходимость длительной реабилитации, а также перспектива судебных исков по поводу утраты репродуктивной функции.

Основные принципы борьбы с акушерскими кровотечениями должны быть сформулированы следующим образом:

- все мероприятия начинать как можно раньше;
- учитывать исходное состояние здоровья пациентки;
- строго соблюдать последовательность мероприятий по остановке кровотечения;
- все проводимые лечебные мероприятия должны носить комплексный характер;
- исключить повторное использование одних и тех же методов борьбы с кровотечением (повторные ручные вхождения в матку, перекалывание зажимов и т.д.);
- применять современную адекватную инфузионно-трансфузионную терапию;
- своевременно решать вопрос об оперативном вмешательстве;
- не допускать снижения артериального давления ниже критического уровня на продолжительное время, что может привести к необратимым изменениям в жизненно важных органах.

Благодаря применению в акушерстве современных методов остановки кровотечения, крововосполнения и коррекции коагуляционных нарушений в последние годы удалось добиться снижения смертности от массивных акушерских кровотечений. К этим технологиям относятся аутодонорство, трансфузия свежемороженой плазмы, применение рекомбинантного VII фактора свёртывания (Коагил VII), использование эфферентных методов. Применение новейших эффективных методов борьбы с акушерскими кровотечениями позволит сохранить женщине не только жизнь, но и её генеративную функцию.

Сохраним всё – до последней капли крови

Медицинская холодильная и морозильная техника POZIS используется в учреждениях Службы крови России и стран ближнего зарубежья, госпиталях и научно-исследовательских институтах, в медицинских центрах, лабораториях, лечебно-профилактических учреждениях, аптечных сетях и санитарно-эпидемиологических станциях.



+2°C ... +6 °C



+2°C ... +6 °C



-20 °C ... -45 °C



-20 °C ... -86 °C



-20 °C ... -40 °C

ОСОБЕННОСТИ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ:

- Электронный блок управления
- Равномерное распределение температуры внутри камеры
- Система принудительной циркуляции воздуха
- Автоматическое поддержание температуры в камере, сигнализация при отклонении температуры от заданной
- Антибактериальное покрытие внутреннего шкафа и панели двери
- Теплоизоляционная металлическая дверь с замком
- Отключение вентилятора при открывании двери

Перспективная модель 2015 года

POZIS - широкий ассортимент медицинского холодильно-морозильного оборудования от фармацевтических холодильников до низкотемпературных морозильников

WWW.POZIS.RU

422546, Россия, Республика Татарстан,
г. Зеленодольск, ул. Привокзальная, 4.
Тел./факс: +7 (84371) 2-23-31, 2-22-42.
E-mail: medic@pozis.ru

Рамиль ТУРАЕВ,

главный врач ГАУЗ «Республиканский центр крови
Министерства здравоохранения Республики Татарстан»,
ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с
курсом трансфузиологии КГМА, к. м. н.



ДАРУЯ КРОВЬ – СПАСАЕШЬ ЖИЗНЬ!

С НЕЗАПАМЯТНЫХ ВРЕМЁН КРОВЬ ПРИВЛЕКАЛА К СЕБЕ ВНИМАНИЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА. ЕЁ СЧИТАЛИ
ВМЕСТИЛИЩЕМ ЖИЗНИ, ТАК КАК ПО СУЩЕСТВУЮЩИМ ТОГДА ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ В КРОВИ ЧЕЛОВЕКА БЫЛА
ЗАКЛЮЧЕНА ДУША.

В древности были попытки использовать кровь для лечения различных заболеваний, причём применяли её перорально. Гиппократ (460–370 гг. до н. э.) предлагал лечить этим методом душевные болезни. У историков древности – Плиния (Naturae Historiae), Цельсия (De re medica) – имеются сообщения, что эпилептики и старики пили кровь умирающих гладиаторов для лечения и омоложения.

Истоки донорства уходят к началу XIX столетия, когда английский акушер Джеймс Блендел выполнил первое переливание крови от человека к человеку. Так началась эпоха дарения крови.

К XXI веку донорство получило распространение во всём мире. Миллионы людей на пяти континентах сдают свою кровь ради спасения жизни других. Работают специализированные учреждения, службы,

где заготавливается, обследуется и хранится донорская кровь. Создано автоматизированное оборудование для забора крови и её компонентов, обеспечивающее комфорт и безопасность для донора, внедряются технологии, гарантирующие безопасность и для реципиентов.

Донорство значительно преобразовалось, но суть его осталась прежней – бескорыстная помощь больному человеку. Без переливания крови и её компонентов невозможно вылечить детей и взрослых с заболеваниями крови, онкологическими заболеваниями. Донорская кровь нужна жертвам аварий и террористических актов; хирургическим больным; беременным женщинам; людям, перенёвшим ожоги и травмы; при всех состояниях, связанных с острой кровопотерей. К сегодняшнему дню значение трансфузионной медицины доказано научными исследованиями и практикой. В основе всего этого доноры – люди, чья жизненная позиция достойна уважения и общественного признания.

Донорство подразделяется на следующие виды: донорство цельной крови, плазмы, в т.ч. иммунной, клеток крови. Из одной



кроводачи можно выделить сразу несколько лечебных компонентов: плазму, тромбоциты, эритроциты. В зависимости от показаний больному переливаются именно те компоненты крови, в которых он нуждается. Таким образом, один человек в состоянии помочь нескольким больным.

Какой бы современной ни была нынешняя медицина, состояние нашего здравоохранения по-прежнему будет определяться наличием в его учреждениях необходимого запаса крови, которого пока ничем не восполнить, кроме как получить от доноров. Применение компонентов крови настолько широко и повсеместно вошло во врачебную практику, что сегодня трудно представить современный стационар без применения гемотрансфузии.

Служба крови является одной из важнейших составных частей здравоохранения, обеспечивающей текущую потребность лечебных учреждений в компонентах крови и стратегическую безопасность региона в чрезвычайных ситуациях.

В настоящее время служба крови Татарстана представлена Государственным автономным учреждением здравоохранения «Республиканский центр крови МЗ РТ» (ГАУЗ «РЦК МЗ РТ») с филиалами в Набережных Челнах, Нижнекамске, Альметьевске и отделениями переливания крови в составе ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», «Межрегиональный клиничко-диагностический центр», а также МБУЗ «Елабужская центральная районная больница», «Чистопольская центральная районная больница».

ГАУЗ «РЦК МЗ РТ» – головное учреждение службы крови республики и одно из крупнейших в Российской Федерации. Здесь заготавливаются свыше 36 тонн донорской крови. На производство компонентов крови и диагностических стандартов используются более 96 % заготовленной крови.

В целом по республике заготовка донорской крови в 2014 году составила 49 104,4 литра консервированной крови. Трансфузионная терапия проводилась в 70 учреждениях здравоохранения республики. Компоненты крови были использованы в процессе оказания медицинской помощи более 28 тысячам пациентам стационаров. Сделано более 79,5 тысяч переливаний. Перелито свыше 20,3 тонны трансфузионных сред, из которых на свежемороженную плазму приходится 51,9 %, на эритроциты – 44,5 %, а объём перелитых тромбоцитов составил 3,6 %.

В 2014 году для лечебной сети выпускалось 18 наименований донорских компонентов крови. Это: эритроцитная масса; эритроцитная масса фильтрованная, с удалённым лейкотромбослоем, размороженная и отмтая; эритроциты отмтые; корректоры гемостаза и фибринолиза; тромбоцитарный концентрат, полученный методом афереза; свежемороженная плазма из дозы крови, полученная методом афереза; изоиммунная плазма, полученная методом афереза; средства коррекции иммунитета: антистафилококковая человеческая плазма, полученная методом афереза, и др.

Основными «потребителями» являются Республиканский клинический онкологический диспансер и медицинские организации, оказывающие



экстренную медицинскую помощь. Отмечается общая тенденция роста потребности в компонентах крови, в т.ч. продолжает расти спрос на концентрат тромбоцитов для лечения гематологических и онкологических больных; поэтому мы ставим перед собой задачу по увеличению их производства в 2015 году.



Производимые службой крови компоненты и препараты крови на сегодняшний день незаменимы. Высокие требования, предъявляемые к их качеству и безопасности, определяют специфику производства и применения. Источником получения компонентов крови является человек. Именно от состояния донора, в конечном счёте, зависит здоровье реципиента.

В РЦК МЗ РТ проводится большая работа по сохранению донорского контингента и привлечению новых участников. Регулярно проводятся встречи со школьниками, студентами, лидерами молодёжных движений. В донорском движении Татарстана активное участие принимает молодёжь, особенно студенчество; более 60 % всех доноров республики – в возрасте от 18 до 29 лет. Организуются ставшие уже традиционными

донорские акции, на республиканском уровне и в рамках федеральных мероприятий по развитию донорского движения («АвтоМотоДонор», «Подари сердце городу», «Спасибо, донор!», «Донорское совершеннолетие»); проводятся торжественные мероприятия по чествованию почётных доноров.

Целью является объединение уже существующих донорских групп актива в вузах в одно молодёжное донорское движение для системной работы со службой крови.

В 2014 году состоялись акции: «С Новым годом, служба крови!», «Подари капельку любви тем, кому она необходима» – ко Дню всех влюблённых, «ДОНОР. КРОВЬ. ЖИЗНЬ» – по инициативе Благотворительного фонда «САДАКА», «Красота спасёт жизнь!» – с участием моделей студии «Мисс Татарстан», донорская акция к Национальному дню донора и Всемирному дню доноров при участии активистов Общественной организации «Академия творческой молодёжи Республики Татарстан». 3 октября в Республиканском центре переливания крови прошла четвёртая традиционная акция молодёжного донорского движения Республики Татарстан «Я Донор РТ» под названием «Мы – доноры!».

В итоге за семь лет работы с молодёжными организациями Татарстана, к донорству было привлечено более 3,5 тысяч студентов, банк крови пополнился более чем на 1000 литров крови.

Ежегодно в республике донорами становятся свыше 37 тысяч человек. В 2014 году 11 033 гражданина были награждены нагрудными знаками «Почётный донор России» и «Почётный донор СССР».

17 июня 2014 года на территории РЦК МЗ РТ состоялось открытие мемориала «Спасибо, донор, за спасённую жизнь!» – в память о героизме людей, сдававших кровь во время Великой Отечественной войны, и донорам сегодняшних дней, продолжающим эту благородную миссию. Славные традиции донорства получают своё развитие и в настоящее время, помогая сохранить здоровье и жизнь жителям республики.

Адель Вафин:

«Качество – это дорога, которая имеет начало, но не имеет конца»



Модернизация здравоохранения, внедрение новых медицинских технологий, передовых методов диагностики и лечения неизбежно приводят к необходимости в перестройке организационных процессов в ЛПУ Татарстана. Система менеджмента качества и управления рисками – требование сегодняшнего дня, и этот вопрос находится под пристальным вниманием руководства республики. О том, какие подходы реализуются в Татарстане в этом направлении, – в интервью министра здравоохранения РТ, заведующего кафедрой менеджмента в здравоохранении КГМУ Аделя Вафина.

– Адель Юнусович, какие основные принципы менеджмента качества сегодня реализуются в учреждениях здравоохранения Татарстана? На опыт каких стран, ведущих медицинских центров вы опирались?

– Внедрение лучших образцов системы управления качеством медицинской помощи в практику наших лечебных учреждений стало одним из приоритетных направлений для здравоохранения республики. Нами была проделана большая работа по изучению и адаптации к условиям Татарстана европейского и американского опыта, в частности, опыта Клиники Мэйо. Этот медицинский центр сегодня является настоящим эталоном в области организации

менеджмента качества, причем она стала для сотрудников клиники неотъемлемой частью корпоративной культуры. Именно ориентация на пациента, базовый принцип «Нужды пациента превыше всего» сделали эту клинику знаменитой на весь мир.

Для нас этот подход чрезвычайно актуален и своевременен. Сегодня мы успешно модернизируем наши клиники, занимаемся обучением персонала, повышением квалификации врачей. При этом нам нужно учиться оценивать нашу работу с позиции пациента, смотреть на неё его глазами, понимать его чаяния и потребности. Он является ключевой фигурой, все, что мы делаем, делается ради его излечения, чтобы он был доволен и имел возможность вернуться к активной жизни.

– Какие инструменты существуют для воплощения этого принципа в жизнь?

– Сегодня мы продолжаем активную работу по внедрению в наши ведущие лечебные учреждения систем менеджмента качества и современных управленческих технологий, которые направлены на повышение удовлетворённости пациента качеством медицинской помощи. Есть достоверная корреляция между наличием сертификата качества и тем, как в клинике поставлены процессы оказания медицинской помощи, насколько она безопасна, клиентоориентирована. Сертификат качества получить непросто, он выдаётся по итогам аудита – настоящего экзамена, который проходит команда управленцев больницы. Наглядный пример этой корреляции – Межрегиональный клинично-диагностический центр, который в 2014-м стал обладателем «Европейского Гран-при за качество». За год к ним поступает около 1700 благодарностей и 13 отрицательных отзывов, при этом обоснованных жалоб – только две.

Конечно, внедрение системы менеджмента качества – это трудоёмкий процесс, врачам приходится привыкать вести документацию, фиксировать буквально каждый свой шаг. Для того чтобы это стало повседневной практикой учреждения, необходимо проводить изменения на уровне философии ЛПУ. Эти подходы должны поддерживаться руководителем, более того, он должен стать лидером по



внедрению системы качества, вести за собой коллектив, поощряя позитивные изменения, мотивируя персонал.

Есть позитивный опыт и из других отраслей, который сегодня может и должен внедряться в ЛПУ республики. Например, «бережливое производство», принципы которого закладывались в Японии. У нас в Татарстане они реализованы, в частности, на КАМАЗе, где проводится постоянная работа по решению производственных проблем, устранению недостатков с участием всего коллектива предприятия. Клиника – это тоже своего рода производство, и наш конечный продукт, в создании которого принимает участие каждый сотрудник ЛПУ, – здоровье пациентов, повышение их качества жизни. Нельзя рассчитывать только на то, что в больницу придёт человек из минздрава и скажет, как надо выстраивать эту работу. Инициатива должна исходить от руководства ЛПУ, руководителей подразделений и всего коллектива. Улучшать свою работу может только тот, кто её делает. И самая большая потеря организации – это нереализованный потенциал её сотрудников.

– Какие клиники Татарстана сегодня являются лидерами в сфере внедрения менеджмента качества?

– За 2014 год мы добились определённых успехов в этом направлении. Так, число учреждений, где внедряются современные управленческие принципы, увеличилось до 27, и это не только



республиканские клиники, но и городские больницы. Сегодня международный сертификат соответствия системы менеджмента качества ИСО 9001 имеют Республиканская клиническая больница, Детская клиническая республиканская больница, Больница скорой медицинской помощи г. Набережные Челны, Республиканская клиническая больница № 2, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска.

За прошедший год ряд клиник Татарстана стали обладателями престижных наград как российский, так и международного уровня. Так, коллектив РКБ МЗ РТ признан победителем Всероссийско-

го конкурса «Призвание» в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека». Единственной российской клиникой, получившей в прошлом году европейский сертификат качества EFQM 5 звёзд «Признанное совершенство», стала ДРКБ МЗ РТ. Ряд медицинских учреждений вошли в число победителей в конкурсе «100 лучших товаров России». Перечислять достижения клиник можно долго, но нужно понимать, что это лишь определённый этап в их развитии. Я говорил об этом много раз, и не устаю повторять, что работа по повышению качества медицинской помощи – это непрерывный процесс. Это дорога, которая имеет начало, но не имеет конца.

Сопротивление персонала при внедрении системы менеджмента качества

Любое изменение устоявшихся правил может вызвать сопротивление у сотрудников ЛПУ, и надо понимать, что это вполне закономерная реакция коллектива. Об управленческих инструментах, направленных на преодоление такого противодействия, Healthy Nation рассказал главный врач ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» Ильдар Хайруллин.

В этом случае он становится исполнителем «социального заказа», получая широкую поддержку.

При внедрении системы менеджмента качества важно учитывать принцип «долгое планирование – быстрая реализация». К сожалению, мы не любим тратить время на планирование, зато у нас всегда хватает времени на то, чтобы переделывать. Недаром российскую модель управления называют «мобилизационно-ресурсной».

Серьёзной проблемой является то, что зачастую руководитель не может чётко сформулировать конечную цель, объективные измеримые критерии, необходимые ресурсы. В результате организационные изменения идут бессистемно, характеризуются отсутствием «прозрачности».

– Скажите, пожалуйста, какие формы сопротивления существуют?

– Сопротивление можно условно разделить на логическую и эмоциональную, скрытую и открытую формы. Наиболее удобными для диалога являются открытые и логические проявления. Здесь преобладает рационализация, сотрудники апеллируют к сложности реализуемого проекта, отсутствию полноценного ресурсного обеспечения, актуализированной законода-



– Ильдар Индусович, для начала давайте определим, что такое сопротивление персонала, почему оно возникает?

– Сопротивление персонала – это любые поступки работников, направленные на дискредитацию, задержку или противодействие организационным изменениям. Основной его причиной является появляющееся у сотрудников чувство неопределённости будущего. Помимо этого, у персонала может возникнуть ощущение предстоящих потерь. Связано это с тем, что коллектив уже состоялся, и сотрудники сработались в соответствии с прежней системой управления.

Мощное сопротивление возникает в случаях: когда перемены радикальны и неожиданны; когда они оказывают неблагоприятное воздействие на вовлечённых в них людей, которые начинают считать себя пострадавшими; когда причины изменений чётко не сформулированы; когда предыдущие перемены не принесли нужных результатов.

Задачей руководителя является постепенное и хорошо спланированное проведение организационных изменений. Идеальной моделью является создание ситуации, когда они проходят по инициативе самих работников. Мудрость руководителя заключается в том, чтобы выявить явные или скрытые потребности сотрудников.

В случае срыва выполнения решения можно конструктивно установить причины. Самой сложной формой сопротивления является эмоциональная скрытая форма, характеризующаяся «партизанщиной». Проявляется в виде феномена «выученной беспомощности», на каждое конструктивное предложение выдвигается контртезис: «Мы это не можем, у нас этого никогда не было».

Сложной управленческой ситуацией является появление скрытых неформальных «фракций», так называемого сопротивления курилок. На общем собрании все вроде бы «за», однако в неформальных беседах проводится дискредитация изменений.

Промежуточными вариантами являются эмоционально открытые и скрытые логические варианты сопротивления. В первом случае, как правило, преобладают такие формы, как очевидный саботаж, протест и т. д. Коллектив характеризует высокая готовность поддержать критику в адрес руководителя. При скрытой логической форме преобладают такие методы, как создание технических сбоев, непредоставление вовремя нужной информации, ссылка на всё новые и новые трудности и т. п.

Независимо от формы сопротивления, она, как правило, возникает вследствие непродуманных действий управления. Ему необходимо учитывать особенности корпоративной культуры, ценности коллектива. Помимо этого, низкое качество управления может проявляться в том, насколько скуден «инструментарий» руководителя, который умеет только наказывать, критиковать и т. д. Часто это связано с тем, что он оторван от рядовых сотрудников, конкретных людей, которые работают в его организации.

– Как эти вопросы решаются в вашем учреждении? В БСМП в последние годы проводилась масштабная модернизация, сейчас вы занимаетесь аккредитацией по международной системе JCI.

возможность проявить инициативу, стратегия и политика организации, управление изменениями.

Зная структуру ценностей коллектива, мы провели исследование по уровню удовлетворённости этих факторов. И снова получили очень интересные цифры. По уровню удовлетворённости на первом месте стоят стратегия и политика компании, то есть наши сотрудники хорошо оповещены относительно этих вопросов. На втором – взаимоотношения с коллегами, что нас, конечно, очень радует. Далее идут взаимоотношения с руководителем, условия труда, информированность, вовлечённость и инициативность, оплата труда.

– Каковы управленческие инструменты преодоления сопротивления?

– Прежде всего, мы должны чётко понимать структуру ожиданий наших сотрудников, и здесь хорошим подспорьем может служить банальная пирамида Маслоу. Помимо этого, необходимо знать, что на сегодня имеются пять видов мотивации. К сожалению, все знают только о базовой финансовой, однако есть и другие. Например, процессная, когда деятельность персонала чётко организо-

формирование рабочей группы и проектного офиса. На первом этапе формируется ядро единомышленников, которые прорабатывают все детали. Затем следует планирование этапов, формирование графика, сроков, инвестиций, ресурсов, ответственных и заинтересованных лиц. Прорабатывается риск-менеджмент проекта, определяются угрозы и меры по их профилактике.

После того, как решение принято, озвучено общим решением коллектива, начинается рутинная работа при вовлечении персонала и лидерстве руководства. По факту завершения каждого из этих этапов проекта необходимо проводить промежуточное подведение итогов, награждение лучших. Сотрудники должны видеть, что мы двигаемся от этапа к этапу, соблюдая принцип «маленьких побед».

Очень важно рассказывать людям о проводимой работе, убеждать в необходимости этих изменений.

Помимо этого, может использоваться кооптация, когда сотрудника, наиболее рьяно сопротивляющегося переменам, делают ответственным за решение определённого круга вопросов в рамках реализуемого проекта.



Существует мотивация достижения – помимо рутинной работы, работник может ставить перед собой какие-то профессиональные цели и достигать их благодаря поддержке коллектива.

– Безусловно, при проведении организационных изменений мы не можем не учитывать настроения наших сотрудников. На протяжении последних лет регулярно проводим анкетирование, что позволило нам выделить десять основных наиболее важных факторов. Если на первый взгляд, например, вопрос оплаты труда должен быть главенствующим, то оказалось, что это не так. На первом месте в структуре ценностей у наших сотрудников стоят взаимоотношения с коллегами, а оплата – лишь на втором. На третьем – условия труда, далее следуют такие факторы, как взаимоотношения с руководителем, работа в команде, карьера и обучение, информированность, вовлечённость и

вана, сотрудник не тратит лишних физических и эмоциональных усилий, для того что бы его функциональные обязанности выполнялись в полной мере. Следующая мотивация – командная, когда в коллективе формируется доброжелательная обстановка. Далее следует мотивация признания, когда учреждение признаёт значимость каждого сотрудника. Также существует мотивация достижения – помимо рутинной работы, работник может ставить перед собой какие-то профессиональные цели и достигать их благодаря поддержке коллектива.

К следующей группе инструментов относятся принципы проектного менеджмента – определение целей и задач проекта,

Конечно, всегда лучше заниматься «профилактикой» спорных ситуаций. Любое организационное изменение должно «вызреть» в коллективе. Проекты, привносимые извне, вызывают наиболее рьяное сопротивление.

Необходимо дозировать уровень администрирования на разных этапах. Вначале руководитель должен отслеживать все нюансы реализации. На более зрелых стадиях, когда вовлечённость персонала достаточна, и «маховик» перемен уже набрал обороты, уровень администрирования должен снижаться, ответственность переходит на руководителей подразделений, сотрудников. В задачи руководителя на этом этапе входит только контроль за проводимыми изменениями.



Диляра НЕСТЕРОВА,
заместитель главного
врача по клинико-
экспертной работе ГАУЗ
«Городская клиническая
больница № 7»
г. Казани

Качество как ресурс развития

На коллегии Минздрава РТ по итогам 2013 года перед руководством Городской клинической больницы № 7 была поставлена задача по внедрению в практику современных принципов менеджмента качества. Клиника активно включилась в эту работу, выстраивая систему управления процессами в соответствии с современными требованиями.



7 ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ, 24 ЧАСА В СУТКИ
Миссия ГАУЗ «ГКБ № 7»: «Высший смысл деятельности: здоровье общества – основа его настоящего и будущего».

Наша цель: 7 дней в неделю, 24 часа в сутки оказывать доступную высококачественную экстренную и неотложную медицинскую помощь населению.

Наши ценности: уважительное отношение к каждому, работа в команде, бережливость на рабочем месте, внимание к мелочам, обеспечение преемственности при оказании медицинской помощи.

Больница располагает 1235 койками круглосуточного и 144 – дневного стационара, 10 операционными. Клиника оснащена современной медицинской аппаратурой: РКТ и МРТ, ангиографическим оборудованием, лабораторными комплексами для всех известных видов гематологических,

общеклинических, биохимических, иммунологических исследований, видеоэндоскопическими стойками и т. п.

Городская клиническая больница № 7 обладает мощным кадровым потенциалом. Штатная численность – 2952 человека, в том числе: два доктора медицинских наук, 55 кандидатов наук, 23 – удостоены звания «Заслуженный врач РТ» и 1 заслуженный врач РФ, 7 отличников здравоохранения, 2 лауреата Государственной премии РТ, 86 – награждены Почётными грамотами Министерств здравоохранения РФ и РТ. В 2014 году трое специалистов учреждения посетили легендарную американскую клинику Мэйо. Врачи клиники стали номинантами республиканской премии лучшим врачам «Ак чэзэклер-2014», Российского конкурса «Врач года-2014».

СЛУЖБА КАЧЕСТВА

«Трибуной» службы качества в нашей медицинской организации является врачебная комиссия, которая реализует действия по внутреннему контролю в структурных подразделениях клиники. Решения принимаются коллегиально, при этом учитывается мнение населения о доступности и качестве медицинских услуг.

Инструменты контроля качества – регламенты работы, утверждённые приказами главного врача. Система работает в соответствии с формулой Деминга (планирование, оценка и корректировка деятельности).

Разработан регламент подготовки к вневедомственной экспертизе. К работе с её результатами привлечены все заведующие структурными подразделениями и большинство врачей. В 2014 году анализом качества оказания медицинской помощи охвачено

- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации.

КАДРОВЫЙ ВОПРОС

В Городской клинической больнице № 7 ведётся непрерывная работа с кадрами. Особенностью нашей клиники на современном этапе является то, что она была образована путём слияния нескольких медицинских учреждений. Объединению коллектива способствуют проводимые по инициативе главного врача тренинги по командообразованию. В 2014 году проведено 8 тренингов, охвачено 150 сотрудников различных уровней. Также совершенствуется отбор новых медицинских работников.

Результаты медицинской деятельности оцениваются по исходу лечения, отражающему степень сохранности функции органов, подвергаются статистическому анализу. При этом учитывается социальный результат как в смысле демографических показателей, так и индивидуально – удовлетворённость пациента. Кроме того, экономические результаты оцениваются с помощью следующих показателей: анализа эффективности вложения финансовых средств путём контроля со стороны лечащего врача и руководителя среднего звена. В дальнейшем принимаются соответствующие управленческие решения. Приоритетное значение в нашей организации придаётся индивидуальному результату деятельности по развитию качества – удовлетворённости пациента.

Основой удовлетворённости населения медицинской помощью, на наш взгляд, является оперативная обратная связь с пациентом. С этой целью нами определён круг лиц, уполномоченных решать различные вопросы качества оказания медицинской помощи, обнародованы их мобильные телефоны. Также проводится сверка по вопросам удовлетворённости пациентов со страховыми компаниями. Подобная оптимизация работы с обращениями гражданам непосредственно в ЛПУ позволяет сократить количество обращений в другие инстанции. Периодически проводимый службой качества детальный анализ обращаемости по вопросам организации и качества медицинской помощи, в свою очередь, позволяет оценить не только уровень организации, но и отношение медицинского персонала к обслуживаемому населению. Руководство нашей медицинской организации убеждено, что необходима постоянная кропотливая воспитательная работа с персоналом. К примеру, внедрены и совершенствуются речевые алгоритмы для оптимизации взаимодействия сотрудников с пациентами.

Наши задачи на ближайшее будущее:

1. Постоянная самооценка деятельности медицинской организации.
2. Составление рейтингов работы подразделений и отдельных сотрудников (конкурсы качества).
3. Совершенствование технологий управления персоналом (в том числе, возрождение института наставничества).



ЦИФРЫ



С момента открытия в июле 2013 года в ГКБ № 7:

- спасли жизнь **689** пострадавшим в ДТП;
- сохранили здоровье **1008** пациентам, перенёсшим острый инфаркт миокарда;
- вернули к полноценной жизни **843** пациента, которые перенесли инсульт.

315 сотрудников, практически каждый второй врач.

Внутренний контроль качества проводится по методике экспертной оценки, с учётом клинических особенностей каждого случая. При этом используются следующие критерии:

- своевременность и объёмы оказания медицинской помощи в соответствии с объективными потребностями пациента;
- соблюдение медицинских технологий;
- безопасность – оптимальность выбора медицинских технологий, с учётом минимизации риска их применения для конкретного пациента, а также соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;
- преемственность при оказании медицинской помощи различными подразделениями;
- эффективность – отражает достижение целевых результатов лечения.

По результатам внутреннего аудита планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности:

- совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи – проведение совещаний, разработка инструкций;
- кадровые мероприятия (анализ соответствия действий сотрудников должностным инструкциям и их корректировка; решение вопроса укомплектованности медицинскими работниками);
- образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, направление медицинских работников на циклы повышения квалификации, научно-практические конференции, обеспечение современной медицинской литературой, предоставление Интернета для работы с медицинскими ресурсами;

Вопрос жизни

Проблемы и перспективы трансплантологии в Татарстане



Ринат Галеев,
заведующий
отделением
пересадки почки РКБ,
заведующий кафедрой
урологии и нефрологии
КГМА, профессор,
д. м. н.



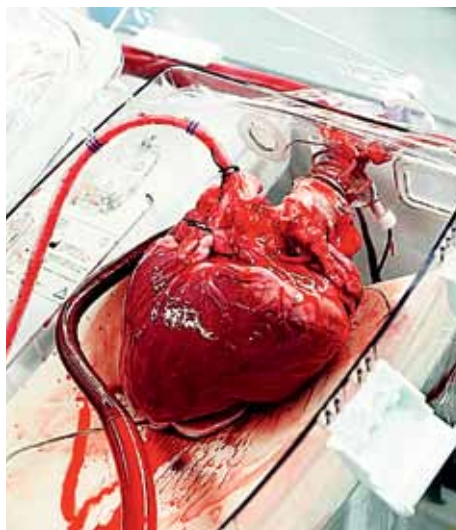
Шамиль Галеев,
главный специалист -
трансплантолог
МЗ РТ, доцент
кафедры урологии и
нефрологии КГМА,
к. м. н.



Механизм сокращения потребности в трансплантациях – чем дольше работает пересаженная почка, тем меньше пациентов возвращаются на диализ, меньше финансовые затраты.

ПРАВОВАЯ КОЛЛИЗИЯ

С января 2014 года в Татарстане полностью остановлены все работы по посмертному донорству органов от пациентов, скончавшихся в ЛПУ республики, смерть которых наступила от внешних факторов. Бюро судебно-медицинской экспертизы РТ перестало выдавать разрешения на изъятие донорских органов, как это предусмотрено статьёй 10 действующего 4180-1 ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Правовая коллизия связана с тем, что деятельность экспертизы регламентирована также приказом Минздрава России № 364н и УПК РФ, основная задача которой – содействовать проведению следствия, чему изъятие донорских органов теоретически может помешать. Сейчас предпринимаются усилия разрешить



это противоречие, но итоги прошедшего года заставляют обратить внимание на тех, кто оказался в заложниках ситуации, – на пациентов с терминальными заболеваниями почек. Количество операций по пересадке почек в профильном отделении РКБ сократилось с 33 в 2011 году до 20 в 2014-м.

«Почему мы говорим о перспективности трансплантации как замене гемодиализа? – объясняет Шамиль Галеев, главный специалист – трансплантолог МЗ РТ.

– Во-первых, резко меняется качество жизни пациента – он уже не должен три раза в неделю приходить на процедуру, а появляется в больнице раз в месяц для контроля за своим состоянием, а при стабильной функции трансплантата – даже раз в два месяца. Во-вторых, изменяется не только качество, но и продолжительность жизни. Ожидаемая продолжительность жизни человека, которому пересажена почка, в два раза больше, чем у того, кто находится на диализе. Это утверждение верно для всех возрастных групп. В-третьих, трансплантация имеет экономическую целесообразность. Международная статистика свидетельствует о том, что лечение пересадкой почки



обходится в итоге в два раза дешевле, чем пребывание пациента на гемодиализе. Диализ ориентировочно обходится нашей республике в сумму около одного миллиона рублей на человека в год. А таких больных у нас 1100 человек. Сейчас в листе ожидания на трансплантацию около 150 пациентов».

«По мировым нормам при населении республики в 4 млн человек в год должно осуществляться 60–70 трансплантаций почек, – дополняет Ринат Галеев, заведующий отделением пересадки почки РКБ МЗ РТ. – И главная наша проблема заключается именно в отсутствии достаточного количества донорских органов. Сейчас мы лишены возможности использовать для пересадки органы погибших здоровых людей, берём только органы родственников и лиц, умерших от болезней сосудов головного мозга. Но при смерти от инсульта почки тоже страдают, в результате острого нарушения мозгового кровообращения они в большинстве случаев оказываются так же компрометированы. Поэтому практически из 5–6 оповещений о наличии потенциального донора забор (эксплантация) почек выполняется только у одного.

БУДНИ СТАЦИОНАРА И УСПЕХИ НАУКИ

Между тем, несмотря на текущую непростую ситуацию, на 15 койках отделения пересадки почки РКБ МЗ РТ ведётся плановая работа. Пациенты, нуждающиеся в пересадке почки, требуют проведения большой предоперационной подготовки, а также обследования, наблюдения и лечения. Всё это справедливо и для тех, кто уже перенёс операцию по трансплантации. Также в отделение направляются больные с сосудистыми заболеваниями почек, приводящими к повышению артериального давления и развитию почечной недостаточности, которым необходимо проведение хирургической коррекции врождённой или приобретённой патологии магистральных сосудов почек. Ещё одна категория – пациенты, нуждающиеся в оперативном лечении двусторонних заболеваний почек, заболеваний единственной или единственной функционирующей почки и риске развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Особенных подходов требуют больные с раком единственной функционирующей почки.

Сложные и уникальные случаи, стекающиеся в отделение, способствуют научной работе трансплантологов в сотрудничестве

с базирующейся здесь кафедрой урологии и нефрологии КГМА. Кафедрой также руководит профессор, д. м. н. Ринат Галеев. В марте 2015 года врачом-урологом Денисом Хамитовым здесь была защищена кандидатская диссертация, в которой изучалась тактика хирургического лечения больных с различными сложными видами опухолей почек.

«Раньше считалось, что резекция почки показана при опухолях стадий T1 и T2, но мы делаем операции и при стадии T3, – поясняет заведующий кафедрой. – У нас разработана, а точнее возрождена в современных условиях методика с использованием низких температур, когда почку во время операции погружают в гипотермическую среду с целью уменьшения её ишемического повреждения».

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

«Наше отделение сегодня показывает очень достойные результаты. Годичная выживаемость пациентов достигла 100 %, годичная выживаемость трансплантатов – 95 %, – констатирует Шамиль Галеев. – Все случаи неудач связаны с первично нефункционирующей почкой, когда трансплантат просто не начинает работать – это ситуация неконтролируемая. Потенциал дальнейшего

УРОВЕНЬ ПОСМЕРТНОГО И ПРИЖИЗНЕННОГО ДОНОРСТВА



совершенствования мы видим в развитии иммунологической службы. Специалисты у нас хорошие, однако оборудование и соответствующие методики не обновлялись со времени открытия отделения. В мире с тех пор сменилось уже два поколения соответствующих методик. Это наш резерв для улучшения отдалённых результатов, для достижения максимальной продолжительности жизни трансплантата. И это механизм сокращения потребности в трансплантациях – чем дольше работает пересаженная почка, тем меньше пациентов возвращаются на диализ, меньше финансовые затраты».

К сожалению, иногда эту экономию могут подорвать обстоятельства, неподвластные трансплантологам. Дело в том, что пациенты после пересадки органов должны пожизненно принимать иммуносупрессивные лекар-

ственные средства, методика использования которых существенно отличается от традиционных. Если кардиолог может изменить дозировку препаратов, ориентируясь на самочувствие пациента, то при трансплантации обязателен лекарственный мониторинг, контроль концентрации препарата в крови, которая очень вариабельна даже у одного пациента. Препараты дорогостоящие и закупаются централизованно по федеральной программе «Семь высокочувствительных нозологий» в соответствии с законом о госзакупках. С точки зрения законодательства оригинальные иммуносупрессивные препараты не отличаются от дженериков. Трансплантолог же в случае с заменой лекарства оказывается в сложной ситуации, связанной с обеспечением необходимой концентрации эффективного вещества.

ДОСТОЯНИЕ СТРАНЫ

«Сейчас много говорят о медицинском туризме. Состоятельные пациенты могут себе позволить лечиться не у нас, а за границей. Но это не касается трансплантологии, она находится на особом положении, – предупреждает Шамиль Галеев. – Донорские органы принадлежат той стране, в которой они были получены. Поэтому за рубежом наш человек может рассчитывать и на аортокоронарное шунтирование, и на установку искусственного сустава, но никто ему не пересадит ни почку, ни печень, ни лёгкое. Трансплантация почки в Германии может быть произведена только гражданину Германии, то же самое во Франции и в любой другой стране Европы. И это – ещё одна причина развивать свою систему трансплантации. Получить данный вид помощи можно только в своей стране.

Наша служба достигла определённых успехов в этом направлении. С 2004 года, с момента открытия отделения, были выполнены 92 трансплантации от живого родственного донора и 105 – от умершего. Это спасённые жизни людей с терминальными заболеваниями почек, это новое качество жизни пациентов, которым больше не нужно постоянно проходить диализ. У женщин, которым мы проводили трансплантацию почек, родилось четыре ребёнка, один из них – в этом году. А значит, наши усилия не напрасны».

Лейсан МУРАТОВА, главный врач ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 1» г. Казани

Детская стоматология: точки роста



Расширение спектра услуг, не входящих в программу госгарантий, позволило учреждению за несколько лет провести полное техническое переоснащение, что, в свою очередь, привело к притоку новых пациентов.



Детская стоматология – это специфичный раздел медицины, – отмечает Лейсан Муратова, главный врач ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 1» г. Казани. – Наши врачи всегда радушно встречают пациентов и выглядят соответственно – медицинская одежда решена в «детской тематике». Нужно быть ещё и хорошими психологами, чтобы уметь расположить к себе ребёнка, уговорить его на далеко не самую приятную процедуру. А затем стоматологу необходимо провести осмотр и лечение, что требует высокого профессионализма. А от наших маленьких пациентов у

нас остаются на память рисунки и поделки, а также следы укусов на руках».

Большинство видов медицинской помощи оказывается пациентам бесплатно, по программе госгарантий оплачиваются, в том числе, услуги ортодонта. При этом учреждению удалось предложить широкий спектр дополнительных услуг, который оказался очень привлекательным для родителей. Проводится лечение зубов любой сложности у детей и взрослых с помощью самых современных материалов, ультразвуковая чистка зубов, глубокое фторирование, герметизация фиссур, серебрение, исправление прикуса брекет-системой, аппаратом функции Френкеля и трейнерами, протезирование.

Полученные по программе ОМС и оказания платных услуг средства позволили провести полную замену всего стоматологического оборудования. Препятствия за 26 лет эксплуатации окончательно выработала свой ресурс и морально устарела. Новые установки более комфортны для пациентов и имеют все необходимые для современной стоматологии приспособления, например, слюноотсос, без которого невозможно работать с пломбирочными материалами светового и химического отверждения. Все компрессоры были заменены на новые, бесшумные, что значительно улучшило условия труда специалистов.

В поликлинике появилось оборудование, уникальное для бюджетных учреждений. В диагностике очень помогают радиовизиограф и переносная диагностическая установка DIAGNOScam, которая может работать даже «в поле», подключенная к USB-порту ноутбука. Её используют, в том числе, для профилактических осмотров в 10 школьных стоматологических кабинетах. Устройство абсолютно безопасно, поскольку не использует рентгеновских лучей, а основывается на эффекте трансиллюминации – яркого сквозного свечения лазером, в котором поражённые кариесом места отображаются в виде затемнённых участков. В целях предупреждения передачи инфекций все наконечники обрабатываются в современном автоклаве DAC Universal, который в течение 12 минут проводит автоматическое ополаскивание, струйную промывку, смазку и стерилизацию шести наконечников. На базе поликлиники опыт работы на современной технике получают врачи и студенты кафедры стоматологии детского возраста КГМУ.

«Поликлиника успешно внедряет информационные технологии, – подчеркнула руководитель поликлиники. – Все наши доктора прошли обучение и вводят информацию с помощью «тонких клиентов» в ЕГИС ЭЗ РТ. Появилась возможность записи на приём через Интернет и терминалы системы госуслуг. Ведётся работа по регламентации всех лечебных и хозяйственных процессов с прицелом на сертификацию системы менеджмента качества в следующем году. При этом повысится не только безопасность услуг, но и производительность работы наших специалистов. Это необходимо, поскольку при неизменном штате стоматологов детей в зоне нашей ответственности становится всё больше. А в связи с тем, что известность поликлиники растёт, к нам приезжают теперь не только жители Казани, но и районов Татарстана». *



**Наиля
РАХМАТУЛЛИНА,**
руководитель Городского
аллергологического
центра ГАУЗ «Городская
клиническая больница
№ 7» г. Казани,
главный аллерголог
г. Казани, заведующая
кафедрой аллергологии
и иммунологии КГМА,
к. м. н.



Аллергия под контролем

Рост аллергической заболеваемости – тенденция общемировая, к сожалению, она отмечается и в Казани. Так, количество посещений в Городском аллергологическом центре ГАУЗ «ГКБ № 7» по итогам 2014 года составило около 18 тысяч при плане 13 345. Для эффективной борьбы с аллергической патологией здесь используются самые современные методы диагностики и лечения, позволяющие добиться стойкой ремиссии.

Городской аллергологический центр обслуживает жителей Казани вот уже более 20 лет. Располагаясь на базе одной из ведущих клиник Татарстана – Городской клинической больницы № 7, служба успешно решает задачи как планового лечения больных аллергического профиля, так и при неотложных случаях. Подобный тандем амбулаторного и стационарного звеньев в стенах одного медицинского учреждения уникален для России. Больной, доставленный в аллергологическое отделение «скорой помощью», после нормализации состояния и выписки не остаётся один на один со своей хронической болезнью, а наблюдается в специализированном центре. Верно и обратное: при возникновении неотложных состояний пациент, пришедший на амбулаторное лечение, может быть в экстренном порядке перенаправлен в стационарное отделение.

Аллергологический центр ведёт приём жителей Казани по направлению врачей общей



практики и специалистов любого профиля. Здесь проводятся диагностика, лечение и диспансерное наблюдение за больными со всеми видами аллергических заболеваний: бронхиальной астмой, поллинозом, круглогодичными ринитами, крапивницами и другими.

«Наш центр оснащён всем необходимым для оказания специализированной медицинской помощи, – говорит Наиля Рахматуллина, – в частности, мы располагаем внушительным арсеналом аллергенов, за что спасибо руководству больницы».

В центре проводятся функциональные пробы лёгких, кожное тестирование, исследование слизистой полости носа на наличие аллергических клеток-эозинофилов (риноцитограмма), иммунологические исследования. После того как определяется «виновный» аллерген, назначается соответствующее лечение.

«Сегодня в мировой практике наблюдается своего рода ренессанс специфической иммунотерапии, – рассказывает Наиля Марсонова. – Мы же занимаемся этим без перерывов уже более 30 лет. Аллергены в лечебных целях могут вводиться с помощью подкожных инъекций, в виде таблетированных препаратов, подъязычно».

Также в центре проводится неспецифическая иммунотерапия. В 15–20 % случаев определить аллерген невозможно, и больному могут быть назначены антигистаминные препараты, другие лекарственные средства. Главное условие: под обязательным контролем аллерголога. Каждый пациент имеет своего доктора (всего в штате центра – шесть



Сегодня в мировой практике наблюдается своего рода ренессанс специфической иммунотерапии.

специалистов), который знает его историю болезни, её «подводные камни», определяет дальнейшую тактику лечения.

«Важнейшим условием стойкой ремиссии являются совместные усилия как врача, так и его пациента, – отмечает Наиля Рахматуллина. – Мы вместе растём (в центре принимают больных, начиная с 15 лет), выходим замуж, рождаем детей. На каждом из этапов подбирается своя терапия, с учётом индивидуальных особенностей пациента, его возраста, состояния, например, во время беременности, и т. д.»

Специфика аллергических проявлений и болезней заключается в том, что они могут быть причиной возникновения других заболеваний, и наоборот – являться следствием патологических состояний. В этом свете базирование центра в многопрофильной клинике позволяет реализовать мультидисциплинарный подход к лечению. Аллергологи проводят консультации врачей и пациентов любого из отделений, в случае если больной имеет осложнённый аллергический анамнез. Актуальной проблемой является лекарственная непереносимость, и здесь специалисты центра также вносят свой вклад, помогая коллегам в подборе препаратов.

«Сегодня в аптеке можно купить практически любой препарат, – сетует Наиля Марсовна, – в том числе иммуномодуляторы, антигистамины. Подбор подобных лекарств должен проводиться индивидуально и только аллергологом-иммунологом. В противном случае можно получить прямо противоположный эффект, вплоть до ангиоотёка.



Многие препараты просто нельзя заменять на другие. Это не касается дженериков, при условии, что они обладают такой же биодоступностью и другими характеристиками, что и оригинальное лекарство».

Городской аллергологический центр является клинической базой для кафедры аллергологии и иммунологии КГМА. Здесь проходят обучение, переподготовку, усовершенствование аспиранты, ординаторы, специалисты и врачи общей практики со всей России.

«У нас специалисты имеют возможность увидеть работу амбулаторной и неотложной стационарной службы в тандеме, – комментирует Наиля Марсовна. – Это наша «фишка». Не менее важной задачей является повышение квалификации врачей общей практики, необходимо, чтобы они имели базовые знания по аллергологии и иммунологии. В онкологии есть понятие «онкологическая осторожность» – такая же осторожность должна быть в первичном звене относительно аллергической патологии».

Кроме того, на базе кафедры ведётся научно-исследовательская работа, посвящённая проблемам крапивницы, апробация новых препаратов для лечения бронхиальной

астмы, внедряется в практику специфическая сублингвальная иммунотерапия.

«Например, в Европе уже забыли, что такое подкожное введение аллергенов, – комментирует руководитель центра. – Мы третий год апробируем французские препараты для сублингвальной специфической иммунотерапии (СЛАСИТ), постепенно расширяя спектр используемых аллергенов. Исходя из полученных результатов, будем определять наши приоритеты – СЛАСИТ, инъекции или в комплексе. На сегодня могу сказать, что подъязычные препараты дают хороший эффект. Метод безопасен, удобен, поскольку пациенту не нужно приходить 2–3 раза в неделю на уколы. При этом здесь очень важна комплаентность больного, то есть его готовность в точности исполнять назначения врача».

Важнейшим условием успешного лечения аллергической патологии остаётся не только эффективное взаимодействие доктора и его пациента, но и преемственность между амбулаторно-поликлиническим звеном и врачами центра. Когда терапевт или другой специалист должен направить своего пациента к Городской аллергологической центру?

Во-первых, когда больной приходит к врачу с кожными высыпаниями неясного генеза, в случаях, связанных с лекарственным осложнением, неадекватностью ответа на лечение. Нетипичная клиническая картина – всегда повод задуматься, а нет ли здесь аллергической патологии? Также врача должно насторожить то, что пациент регулярно обращается с одними и теми же жалобами в один и тот же период. Например, с насморком весной, в период цветения растений.

Во-вторых, когда у пациента в анамнезе уже есть лекарственная непереносимость. В этом случае подбор препаратов должен проводиться с особой осторожностью, после консультации аллерголога-иммунолога. К специалисту данного профиля пациента может отправить, например, стоматолог для подбора обезболивающего средства перед санацией полости рта.

В-третьих, когда имеет место наследственный фактор. Если мать или отец пациента имеют аллергическую патологию, он имеет 25–30 % предрасположенность. Если же оба родителя имеют аллергию, риски увеличиваются до 60 %. При этом очень важно понимать, что аллергия может и не развиваться, если уделять должное внимание профилактике. В доме человека с предрасположенностью к аллергической патологии должна регулярно проводиться влажная уборка, нельзя заводить домашних животных, ему необходимо вести здоровый образ жизни, правильно питаться.

«Только совместные усилия врача общей практики, аллерголога-иммунолога и других специалистов амбулаторного и стационарного звена могут обеспечить стойкую ремиссию у пациента с аллергическим заболеванием, предупредить обострение и повысить качество жизни больного», – подытоживает Наиля Рахматуллина.

Работа над ошибками

Стала главной темой на IV Российско-Европейском образовательном симпозиуме по торакальной хирургии имени академика М.И. Перельмана в Казани.



Анализ ошибок, осложнений и возможных опасностей – важные составляющие в ежедневной практике торакального хирурга и операционных сестёр.



На четвёртую встречу специалистов по хирургии органов грудной клетки в Образовательный центр высоких медицинских технологий приехали 23 эксперта, половина из которых являются представителями ESTS (Европейское общество торакальных хирургов).

Министр здравоохранения РТ Адель Вафин, подчёркивая актуальность избранной темы симпозиума, отметил: «В медицинской практике нет готовых решений, и хирург всегда должен быть готов к непредвиденным ситуациям и возможным осложнениям. Анализируя опыт уже проведённых операций, изучая наиболее часто повторяющиеся ошибки, мы можем избежать опасностей и минимизировать нежелательные последствия для пациента».



Профессор Александр Лойт (кафедра клинической анатомии МАПО, Санкт-Петербург) как одну из объективных причин ошибок хирургов выделил вариативность строения органов грудной клетки: «В отличие от всех остальных разделов хирургии

торакальный хирург в течение года, выполняя 100–200 операций, может встретить 50 или даже 100 вариантов строения артериального и венозного русла. И в результате при небольшом клиническом опыте не всегда удаётся распознать тот вариант, с которым врач имеет дело».

Доктор медицинских наук Виктор Топлянский выделил три вида диагностических оплошностей:

1. Умозаключение на основе метода индукции, то есть от очень частного к максимально общему.

2. Предубеждение против психогенных расстройств, пренебрежение психосоматическими патологиями.

3. Недооценка роли гемостатических нарушений в развитии лёгочной дисфункции.

Также он посетовал на то, что современные врачи разучились вести диалог с больными, полностью сосредоточившись на аппаратных данных.

Возможности высоких медицинских технологий в предупреждении осложнений продемонстрировали на мастер-классах ведущие российские и европейские хирурги. Профессор Страсбургского университета, академик РАМН Gilbert Massard провёл операцию по удалению опухоли пищевода с использованием технологии Harmonic, которая позволяет хирургам работать вблизи жизненно важных органов без опасности их повреждения. Совмещение в одном устройстве ультразвуковой и электрохирургической функций позволяет быстро рассекать ткани и тут же останавливать кровь.

«Современная медицина постоянно развивается в стремлении стать как можно менее травматичной для пациентов. Применение ультразвуковых технологий в столь сложных операциях позволяет нам минимизировать область вмешательства и помогает значительно снизить риск возникновения осложнений. Именно поэтому особенно важно, чтобы современные методики лечения распространялись по всему миру с максимальной скоростью», – прокомментировал Gilbert Massard.

Также был проведён мастер-класс в экспериментальной операционной WetLab на тему «Интраоперационные осложнения: как их предотвратить, и что делать, если они случились?». Восемь обучающихся приняли участие в показательных операциях, в ходе которых экспертами были смоделированы различные ошибки и осложнения, а также показаны способы их коррекции.

Энрике Руффини, член Европейского общества торакальных хирургов, выразил удовлетворение тем, что молодые специалисты горят энтузиазмом перенять опыт старших товарищей. Также он сообщил, что планируется организовать обмен хирургическим опытом не только в Казани, но и в других городах России.

14-16 ОКТАБРЯ 2015

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
КОНГРЕССНО-
ВЫСТАВОЧНЫЙ
ЦЕНТР
ЭКСПОФОРУМ
ПАВИЛЬОН Н



ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ЗДОРОВЬЯ



МЕДИЗ Санкт-Петербург. МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЬЕ

Международная выставка медицинской техники, оборудования, услуг и технологий для больниц, поликлиник, лабораторий и частных клиник
www.mediz-spb.ru



ФАРМАЦИЯ

Международная выставка лекарственных препаратов
www.pharma.primexpo.ru



БИОИНДУСТРИЯ

Выставка-конференция биотехнологических решений для медицинской и фармакологической отраслей
www.bio.expoforum.ru



ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ТУРИЗМ

Международная выставка медицинских и оздоровительных услуг
www.healthtourism.primexpo.ru



ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

www.aestheticmed.primexpo.ru

www.pmfz.expoforum.ru

+7 (812) 240 40 40

Реклама

ОРГАНИЗАТОРЫ

EXPOFORUM



0+

Мишель Оден: «Необходима смена парадигмы, связанной с родами»

По приглашению клиники «АВА-Казань» столицу Татарстана посетил Мишель Оден – легендарный французский доктор, публицист, автор 12 книг, которые позволили изменить к лучшему мировую акушерскую практику. Известный врач провёл семинар для коллег «Возрождённые роды», а также встречу-семинар для будущих мам. Несмотря на напряжённый рабочий график, Мишель Оден нашел несколько минут, чтобы ответить на вопросы Healthy Nation. Рады представить его мини-интервью, а также выдержки из выступления.



– Месье Оден, ваши подходы к родам были революционными для своего времени. Что должно произойти, чтобы они вошли в широкую практику, как подготовить в этом врачей и пациентов?

– Дело не только во врачах. Нужно пересматривать культурные установки, менять парадигму, которая касается всех нас. С учётом того, что знает сегодняшняя наука, становится всё легче объяснять, почему эти вопросы так важны. И конечно, проще донести это до врачей, у которых есть научная подготовка.

Раньше наши знания были скорее эмпирическими. Например, в 70-е годы, мы (в родильном отделении госпиталя в Питивьере. – Прим. ред.) поняли, что роды проходят благополучнее, если защитить женщину от яркого света. Это было наблюдение, полученное опытным путём. Сегодня учёные изучают, каким образом действует мелатонин, который можно назвать гормоном темноты. И эти научные данные помогают нам убедить любого, что уровень освещённости в процессе родов – это действительно важно, становится легче передать врачам знания такого рода. Причём получены они от учёных, которые работают за пределами медицинской профессии. Доктора чрезвычайно заняты, и порой у них просто нет времени, чтобы заниматься научной работой. Моя роль, возможно, как раз и состоит в том, чтобы свести эти данные воедино. Мой семинар посвящён междисциплинарному подходу.

– Что бы вы могли пожелать читателям нашего журнала?

– Я думаю, необходимо донести до каждого, насколько важна эта тема. Многие люди считают, что роды – это то, что не касается их лично. Они думают, что эту тему должны обсуждать только доктор и беременные женщины.

Между тем, за последние пару десятилетий понимание этого вопроса изменилось коренным образом. Появляется всё больше научных данных, которые доказывают, что период вокруг родов – это критический момент для формирования каждого человека. Также нужно добавить, что в свете этих исследований появляется и новое понимание механизмов эволюции Homo Sapiens, которые могут дать объяснения тому, насколько быстро изменяется наш вид.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИТУАЛЫ

Сегодня возникает всё больше противоречий между тем, что мы узнаём из достижений науки, и тем, чему учат наши культурные традиции. В 50-е годы я проходил шестимесячную практику в родильном отделении парижской больницы. За всё это время я ни разу не слышал о матери, которая после родов попросила бы прижать ребёнка в груди. Как и сотни лет назад акушерка поспешно перерезала пуповину и немедленно передавала новорождённому тому, кто должен им заняться. В дальнейшем никому даже в голову не приходило, что мать и ребенок могут находиться в общей палате. Почему так произошло? Это влияние культурных установок. Многие перинатальные ритуалы были описаны в работах антропологов,





суть у них одна: сразу после появления на свет ребёнка отделяют от матери, тем самым отдаляя начало грудного кормления. Тысячи лет во всех культурах пытались нейтрализовать агрессивный материнский инстинкт. Отсюда следует, например, убеждение, что раннее молоко вредно для ребёнка.

Чему же учит нас современная физиология? В 70-е годы прошлого века учёные сформировали понятие критического периода для формирования привязанности матери и ребёнка. Было замечено, что у всех млекопитающих сразу после появления детёныша на свет возникает очень короткий момент времени, который больше никогда не повторится в его жизни. Это период учёные изучили и у человека, с применением современных методов, рандомизированных контролируемых исследований. Это касалось таких аспектов, как контакт «кожа к коже» сразу после рождения, прикладывание к груди, гормонов и поведенческих реакций. Вывод: с точки зрения науки новорождённому нужна материнская любовь.

БАКТЕРИИ – ВРАГИ ИЛИ ДРУЗЬЯ?

Культура учит нас, что микроорганизмы – это враги. В 50-е годы одной из главных задач акушерки было предохранение новорождённого от микробов. Когда женщина приезжала в родильное отделение, её первым делом брили, делали клизму, наносили антисептический раствор на область сосков.

Сегодня бактериологи озабочены совсем другим – дефицитом микробов. Согласно современным теориям, одна из возможных причин многих заболеваний, в частности, аллергии, в том, что мы слишком «чисты». В нашей жизни есть период, когда нехватка или отсутствие микробов может привести к нежелательным последствиям в долговременной перспективе. Этот момент наступает сразу после появления на свет. Когда человек рождается, он немедленно попадает в мир микробов,

его организм заселяется миллионами микроорганизмов. Им предстоит сыграть очень важную роль в его жизни. С этого момента они начинают «воспитывать» человека, запускать его иммунную систему, программировать её на будущее.

Раньше женщины рожали своих детей в знакомой бактериальной среде. Кроме того, следует подчеркнуть, что ребёнок обычно появляется на свет через те места, которые чрезвычайно богаты микрофлорой. Сегодня большинство женщин рожают вне дома, многие дети в перинатальный период находятся под воздействием антибиотиков. Кроме того, часто делается кесарево сечение. В этом случае ребёнок появляется на свет в стерильной среде операционной – это один из самых характерных примеров депривации микробов в самый критический период, когда они так нужны.

МНЕНИЕ

Фирая Сабинова, генеральный директор клиники «АВА-Казань»:

– Мишель Оден говорит о том, что роды должны быть максимально физиологичными, приближенными к природе. Это не исключает медицинскую науку и высокие технологии. К сожалению, для многих акушеров-гинекологов беременная женщина – это пациент. Но беременность – это не болезнь, это нормальное физиологическое состояние. Нужно принять это и дать женщине возможность свободно чувствовать себя во время родов.

СТРЕСС КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ

У нас всегда существует негативная коннотация на слово «стресс». Однако результаты современных исследований физиологов говорят о том, что стресс в определённых ситуациях нам необходим. Яркий пример: рождение ребёнка с помощью кесарева сечения до того, как наступают схватки. В этом случае он избегает воздействия гормонов стресса. Между тем, уже несколько десятилетий мы знаем, что они необходимы в организме как матери, так и плода для того,



чтобы завершить формирование дыхательной функции. Доказано, что если ребёнок рождается кесаревым сечением до наступления схваток, возрастает вероятность того, что в будущем у него будут заболевания дыхательной системы.

Яркий пример: шведские учёные показали, что достаточный уровень норадреналина в организме плода способствует правильному формированию органов обоняния. Они провели эксперименты, которые показали, что через 2–3 дня после родов ребёнок узнаёт определённые запахи, с которыми его познакомили сразу после появления на свет. Если же ребёнок родился кесаревым сечением до наступления схваток, он эти запахи распознать не мог. В ходе эксперимента учёным удалось доказать, что поступление норадреналина в кровь плода способствует развитию обоняния сразу после его появления на свет. Можно воспринимать эту информацию просто как интересный факт. Однако обоняние требуется ребёнку для того, чтобы идентифицировать свою мать! Ещё в 70-х годах было показано, что в значительной степени по запаху новорождённый находит путь к соску мамы, для того чтобы в первый раз приложиться к груди.

Появились свежие данные, из которых можно сделать вывод о том, что при воздействии гормонов стресса выделяется белок, важный для развития гипоталамуса головного мозга. В 2014 году учёные получили Нобелевскую премию за исследование этой структуры. Она служит своеобразной GPS-системой организма, помогая нам ориентироваться в пространстве. В январе 2015 года была опубликована статья сингапурских учёных, которые показали, что в случае проведения кесарева сечения до наступления схваток снижается скорость формирования кишечника.

ЗАЩИТА НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРОЦЕССА

Современная физиология воспринимает роды как неконтролируемый процесс. Как правило, мы не стремимся ему помочь, но важно исключить факторы, которые будут этому произвольному процессу мешать. С точки зрения физиологии главной задачей является защита. Можно провести аналогию с пищеварением. Что вы можете сделать для того чтобы помочь успешному продвижению пищи, например, из желудка в двенадцатиперстную кишку? Но представьте картинку: перед вами открывается дверь, и в ней появляется террорист с

ружьём. Очевидно, что такая ситуация будет оказывать сильный тормозящий эффект на пищеварение.

Какие основные факторы мы можем выделить? Хороший пример физиологического подхода – это концепция антагонизма адреналина и окситоцина. Когда в кровь попадает адреналин, окситоцин выделяться не может. Это очень важный аспект торможения. Соответственно, мы должны защитить рожаящую женщину от ситуации, которая может вызвать выделение адреналина. В частности, очень важна температура в помещении, где она в этот момент находится. Даже если ей будет чуть-чуть прохладно, может начать выделяться адреналин, и будет тормозиться выработка необходимого ей окситоцина. Ещё один негативный фактор – нахождение в помещении кого-то, кто буквально «фонит» адреналином. Сегодня научно доказано, что адреналин акушерки может «передаваться» рожаящей женщине.

Ещё одна концепция – торможение со стороны коры головного мозга. Принципиальная разница между человеком и другими млекопитающими состоит в высочайшей степени развития неокортекса. Благодаря этому мы можем заниматься математикой и многими другими вещами. Однако при активности новой коры головного мозга тормозятся некоторые неконтролируемые процессы. В частности, это касается родов. Новая кора не должна вмешиваться в этот процесс, этим должны заниматься более древние структуры головного мозга! Решение проблемы состоит в том, чтобы помочь женщине в этот момент стать похожей на других млекопитающих, неокортекс должен на время отключиться. При этом рожаящая может начать вести себя по особенному. Часто она принимает нетипичную для неё позу, которая оказывается очень правильной с точки зрения родов. Так, довольно часто женщины встают на четвереньки, и мы можем понять, что у рожаящей снизилась активность новой коры. Наша задача – защитить её от любых возможных стимуляций неокортекса. Первое, что мы должны исключить, – вербальные воздействия, язык – это враг. Кроме того, следует избегать яркого света. Мы должны избегать любых ситуаций, которые могут отвлечь женщину. Она не должна быть в центре внимания, быть под чьим-то взором. При этом нужно, чтобы она чувствовала себя в безопасности.

Необходима новая парадигма, которая будет основываться на современных достижениях биологической науки. И главная наша задача – защитить произвольный процесс от любых тормозящих воздействий. Мама и её ребенок – это основные действующие лица во время родов. Тот, кто присутствует рядом, должен помогать женщине, вести её.

МНЕНИЕ

Елена Игнашина, начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РТ:

– Идеи Мишеля Одена замечательны, мы приветствуем всё, что помогает женщине безболезненно пройти процесс родоразрешения и способствует здоровью ребёнка. В своё время ещё наш соотечественник Александр Ратнер говорил о естественных родах, и частично эти подходы реализуются в наших медицинских учреждениях. При этом во главу угла ставятся отработанные нормативы, которые способствуют снижению количества осложнений, профилактике материнской и младенческой смертности.

«Медицинская» Турция: традиции гостеприимства и высокие технологии



В 2014 году в Казани открылась российская компания «МЕДИТУРИЗМ» (дочерняя компания ООО AKIN EVENT). О перспективах сотрудничества в сфере здравоохранения Healthy Nation рассказала учредитель компании Алсу Ахметова-Шакул.

– Алсу Ильгизаровна, почему вы решили открыть компанию именно в Казани?

– Я уроженка Татарстана. Долгие годы училась в Турции, работала в правительстве, стала одним из учредителей компании AKIN EVENT, которая является членом Союза туристических агентств этой страны. Когда руководством Турции было принято решение о развитии медицинского туризма, мы активно включились в эту работу. И я была рада начать этот бизнес у себя на родине. Мы в течение года изучали российский рынок, посетили все медицинские центры и санатории Турции, отобрав для нашего портфолио лучшие из них.

– Расскажите, пожалуйста, о здравоохранении Турции.

– Все клиники, которые мы представляем, сертифицированы в соответствии с международным стандартом JCI. Развитие медицинского туризма – часть государственной политики Турции. 10 лет назад страна начала субсидировать частные клиники, при этом инвесторам гарантировали определённые объёмы госзаказа. Новые медицинские центры выбрали в себя самое лучшее, что есть в европейской и американской медицине, при этом развитость туристического сектора и недорогая рабочая сила позволяют предложить клиентам из других стран более выгодные условия.

Говоря о медицинских технологиях, которые были внедрены в Турции, можно упомянуть, например, малоинвазивные операции с применением Робота да Винчи. Для лечения рака в наших клиниках применяются высокотехнологичные устройства для лучевой, ротационной терапии, роботизированная система радиохирургии «кибер-нож» и многое другое.

Если после проведения лечения нет необходимости постоянно находиться в стационаре, мы организуем трансфер и проживание в ближайшем 4- или 5-звёздочном отеле.

По просьбе пациента и его сопровождающих можем также организовать экскурсии, шопинг



и т. п. Также предлагаем профилактические обследования CHECK-UP.

В Турции развиты косметология, стоматология, эстетическая хирургия. Например, большой популярностью у американских туристов пользуется услуга по пересадке волос методом FUE с помощью полых игл. Этот

способ позволяет избежать повреждений и не оставляет следов на коже головы.

Большой интерес вызывает санаторно-курортное лечение и реабилитация. Это могут быть как собственно реабилитационные центры, так и специализированные санатории, СПА-центры. Турция славится своими горячими источниками. Причём каждый такой родник имеет лицензию минздрава, в которой указывается, кто им управляет, каков состав воды, какие заболевания можно лечить. Термальные отели, которые мы представляем, предлагают воспользоваться этим уникальным природным средством прямо на их территории. В зависимости от профиля заболеваний и состояния здоровья врач подбирает график водных процедур.

Например, для больных псориазом мы предлагаем санаторий, в котором оздоровительный эффект дают... рыбки, обитающие в горячем роднике. Они убирают повреждённые участки кожи, позволяя воде, насыщенной селеном и другими полезными минералами, проникать вглубь поражения. Многие предпочитают приезжать сюда семьями, и для детей в санаториях предусмотрены отдельные бассейны с горками, где они могут развлекаться, пока родители проходят водные процедуры.

– Каковы ваши планы на будущее?

– Наша принципиальная позиция – выстраивание двустороннего сотрудничества. У Татарстана и Турции много общего, а если говорить о медицине, то она, как известно, не имеет границ. Например, когда к нам приходят клиенты, которые хотят пройти лечение в Турции, мы отправляем их на предварительную диагностику в медицинские центры Татарстана. Таким образом пациенты избегают лишних трат, а частные клиники получают опыт проведения исследований в соответствии с требованиями другой страны. Мы заинтересованы в том, чтобы в дальнейшем проводить медицинские мастер-классы, совместные операции и т. п.

Ещё одна наша инициатива: 23 апреля в Турции празднуют День защиты детей, а 24-го – День детей-инвалидов. В этой связи «МЕДИТУРИЗМ» отправляет трёх детей с синдромом ДЦП и их сопровождающих в Турцию на четыре дня. В программе: праздничные мероприятия, лечение в реабилитационном центре, экскурсии. Семье пациента предлагается оплатить перелёт, все остальные расходы компания берёт на себя.

В дальнейшем мы будем искать новые точки пересечения со здравоохранением республики, внося свой скромный вклад в развитие медицины в целом.*

27-29 мая
2015 года

МЕДИЦИНА ПЛЮС

24-я Международная
специализированная выставка



РОССИЯ • НИЖНИЙ НОВГОРОД • НИЖЕГОРОДСКАЯ ЯРМАРКА 

16-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ
«КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

**МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА,
ИНСТРУМЕНТЫ,
ОБОРУДОВАНИЕ, МАТЕРИАЛЫ,
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА,
УСЛУГИ И МНОГОЕ ДРУГОЕ**

КОНТАКТЫ:

Всероссийское ЗАО «Нижегородская ярмарка»

ул. Совнаркомовская, 13

Тел.: (831) 277-55-83, 277-58-85

e-mail: lia@yarmarka.ru



www.yarmarka.ru



Когда приходит ПОЭЗИЯ

Главный врач ЦРБ
выпустил книгу стихов
на татарском языке

Есть люди, которым по плечу всё: они успешно реализуются в профессии, в семье, в общественной деятельности.

А некоторые находят время ещё и для того, чтобы заниматься творчеством, недаром говорят: «Талантливый человек талантлив во всём».

Фахира и Нуртдин Биаловы



Жизнь главврача полна забот. За 18 лет работы Ирика Биалова на посту руководителя районного здравоохранения в селе Сарманово был сдан новый акушерский корпус, благоустроена территория больницы, открыта детская молочная кухня. В 2004 году в посёлке Джалиль начала работать новая поликлиника на 250 посещений в смену. В 2007 году в Сарманово также открылась новая поликлиника с современным оборудованием для УЗИ сосудов и сердца, холтеровского мониторинга, проведения исследований сердца при нагрузке, флюорографии цифровым малодозовым аппаратом, сохранена сеть лечебных учреждений района. В 2012-2014 годах в ЦРБ был проведён капитальный ремонт. И это только крупные успехи, заметные сразу и издалека. А ещё было переоснащение врачебных бригад переносной диагностической аппаратурой, что значительно повысило качество исследований. Ведётся постоянная работа по повышению ресурсоэффективности здравоохранения, по привлечению и удержанию кадров. За это время более полусотни семей медиков получили новые квартиры и улучшили свои жилищные условия. Есть продвижения и в части повышения заработной платы медицинским работникам. В последних два года в районе построили восемь новых ФАПов, и проведён капитальный ремонт в 27 ФАПах. Кроме того, Ирик Биалов два созыва подряд является депутатом районного совета со всеми сопутствующими обязанностями и заботами. Причём, оба раза его избрали 100 % голосов.

В 2012 году во время повышения квалификации в КФУ комиссии была представлена дипломная работа – опыт работы Сармановского и Новошешминского районов на тему: «Роль цитологических осмотров в профилактике злокачественных новообразований репродуктивной системы женского населения», её признали лучшей и направили в Москву. По итогам рассмотрения

проекта Ирик Биалов стал победителем, выиграл грант Правительства РФ и награждён путевкой в Израиль для ознакомления с опытом работы лучших клиник.

Всё это очень важная и нужная деятельность, но всё же то, что принято называть прозой жизни. Каким же образом в жизнь Ирика Нуртдиновича пришла поэзия, пришла неожиданно – на шестом десятке лет? В чём истоки его вдохновения?

«Первое стихотворение я написал в 2009 году, и оно было посвящено родителям – Нуртдину Бадрутдиновичу и Фахире Камалутдиновне, – объясняет Ирик Биалов. – Им обоим в марте исполнилось по 88 лет. Они вырастили нас – пятерых детей, с малых лет приучили трудиться. Всё приходилось делать своими руками: и скот держали, и в огороде работали, загружали нас на полную катушку. Но жили весело. Отец у нас юморной и знаток по части песен. Мама – очень мудрая женщина. И мы до сих пор помним всё, чему они нас учили: любить труд, уважать старших, быть милосердным. Благодаря этому все мои братья и сестры нашли своё место в

СТРОКИ

Дорогим матерям

Мама, мамочка... Какое великое имя...
Самый значительный человек на нашем жизненном пути.
Все самое важное на земле
Исходит от матерей.

Самые мягкие руки - у матери,
Самая сладкая речь – материнская.
Её колыбельная - волшебная,
Её понимает и младенец.

В тяжёлые времена у вас находим защиту,
В ваших словах черпаем силу и вдохновение.
Ваши советы и наставления
Ведут нас вперёд как маяк.

Ваше сердце как самый
Чувствительный барометр.
То, что матери - святые,
Понимаешь постепенно в течение жизни.

И ключ к воротам рая в руках матерей -
Надо осознать это, друзья.
И жизнь свою провести, воздавая
Матерям уважение и почёт.

От чистого сердца творя добро,
Получим молитвы матерей.
Надо понять, друзья - эти молитвы
Нас в жизни сохраняют.

Пусть наши матери никогда на нас не обижаются,
На наши грубые слова.
Будем на деле беречь наших прекрасных матерей -
Объясним об этом всей Вселенной.

Газиз әнкәйләргә

Әни, әнкәй... Нинди олы исем...
Иң бөөк зат тормыш юлында.
Жир йөзәндә бөтен изге гамәл
Безнең әнкәйләрнең кулында.

Иң йомшак кул әниләрдә генә,
Иң тәмле тел бары әнидә.
Бишек жыры – иң сихри аһәң -
Аны аңлый телсез бәби дә.

Авыр чакта сөзгә сыенабыз,
Сезнең сүздән көч, дөрт алабыз.
Сөздән алган үгет-нәсихәтне
Маяк итеп алга барабыз.

Сезнең күңел үтә нечкә сизгер
Олы барометр диярсең...
Әнкәйләрнең изге зат икәнән
Гомер итә-итә беләсең.

Ожмахка да ачкыч әнкәйләрдә -
Шуны аңлайк әле, дусларым,
Әнкәйләргә кадер-хөрмәт биреп,
Үтсен синең тормыш юлларың.

Чын күңелдән игелекләр кылып,
Алып калыйк әнкәй догасын.
Аңлайк, дустым, шушы догаларның
Бу тормышта саклап барасын.

Рәнжемәсен алар безгә һич тө,
Безнең авыр сүзгә,гамәлгә
Саклайк, дуслар, газиз әниләрне -
Шуны әйткә бөтен галәмгә.

2 март 2014, Сарман.

жизни: Альфия работает педагогом в детском саду, Розалия стала директором фирмы в Нижнем Новгороде. Самый младший из нас – Ринат – финансист. А Ришат пошёл по моим стопам, он тоже стоматолог, заслуженный врач РТ, отличник здравоохранения и главный врач Новошешминской ЦРБ».

Вот и первый источник вдохновения. Он – в большой и дружной семье, в любви и благодарности родителям, которые сумели подарить своим детям не только жизнь, но и счастье, воспитали характер, который стал опорой на всём жизненном пути. Недаром любимый афоризм Ирика Нуртдиновича: «Характер – это судьба». Конечно, в эту же тему вливаются стихи, посвящённые своей семье, жене Рузие Карибулловне, детям Ильнуру и Рамзие.

Второй составляющей вдохновения поэта и главного врача не могла не стать его профессия – медицина, полная милосердия, благородного служения людям. Образ врача, облегчающего страдания и исцеляющего от недугов, спасающего жизнь, во все века воодушевлял поэтов, пожалуй, не меньше, чем образ учителя. И, конечно, будни сельского здравоохранения дают богатый материал для развития этой темы.

«У нас хороший коллектив, – рассказывает Ирик Биалалов. – Это люди, которые действительно преданы своему делу. В медицине ведь не каждый может работать, потому что здесь надо любить людей. Человеку должно быть присуще такое качество, как самопожертвование. Не всегда остается время на себя – это особенность нашей профессии. Потому что люди не болеют по графику, и в любой момент мы должны оказывать достойную, качественную помощь, делать всё, что в наших силах. В первую очередь, это касается наших профессиональных навыков и умений, но иногда человека нужно поддержать и добрым словом, хорошим советом – и это тоже часть нашей работы».

И, конечно, для человека, живущего на селе, не может быть посторонней тема Родины, родной земли, которую он чувствует и осязает каждый день, напитываясь её воздухом и языком. Сегодня эта тема подводит не только к восхищению красотой природы, но и к неизбежным размышлениям о судьбе человека на земле – на земле родной и на большой Земле, единственной для всего ищущего свой путь человечества.

Постепенно приходило признание – Ирика Биалалова стали приглашать на радио «Татарстан – Новый век», где он читал свои стихи и делился взглядами на жизнь. А потом друзья стали тормошить: «Почему не издаёшь книжку? Это надо сохранить, не растерять по блокнотам и ежедневникам!» В 2014 году книга «Уйлану» («Размышление») увидела свет. Первый тираж сразу стал

библиографической редкостью, разойдясь по друзьям, коллегам, родственникам и знакомым. Даже у родной дочери Рамзии не осталось экземпляра – подруга русская девушка – перехватила и увезла в Алькеевский район, где Ирика Нурт-

диновича тоже хорошо знают и любят. Здесь он после института 13 лет работал стоматологом, порой единственным на весь район. «Но книги ещё будут», – обещает поэт. Пожелаем же Ирику Биалалову вдохновения!

СТРОКИ

Жизненный путь

Вот так и проходит наша жизнь -
Есть белые полосы, есть черные.
Сколько ещё этой дороги
Нам пройти осталось?

Что нас ждёт впереди –
Никто этого не знает.
Но что бы ни было - не оставляй, Господь,
Людей без поддержки.

Каждый человек живёт с надеждой,
Что впереди его ждёт счастье.
Если есть пища и душа спокойна –
Этого нам и достаточно.

Золотом, серебром, деньгами
Не измерить человеческого счастья.
Обрушится трон и под царём,
Который только к богатству стремится.

Настоящее счастье, друзья, в родной земле,
В том, чтобы трудиться на благо родного народа.
Если сможешь в нужде помочь
Родным и друзьям

Если каждый день тебя
Дома тебя встречает любимая,
А провожают дети словами:
«Береги себя, отец!»

Если родители молятся за тебя:
«Будь здоров и счастлив, сынок», -
Эти молитвы сохраняют нас
На жизненном пути.

Гомер юлы

Шулай үтә безнең бу гомерләр
Ак жире бар аның, карасы,
Тормыш диген шушы борма юлдан
Тагын күпме калды барасы?

Ниләр көтә безне барыр юлда,
Беркем белми нәрсә буласын,
Ни булса да, ташлама син, Ходай,
Ярдәмеңнән адәм баласын.

Өмет итеп яши һәрбер кеше:
Алда мине бәхет көтәдер,
Кулда ризык, жаннар тыныч булса,
Бәлки безгә шул да житәдер.

Алтын, көмеш, акча белән генә
Үлчәнми ул кеше бәхете,
Гел байлыкка гына корылганга
Ишелеп төшәр патша төхете.

Чын бәхет ул, дуслар, туган жирдә
Хезмәт итү сөйгән халкыңа,
Кирәк чакта ярдәм итә алсаң,
Якын күргән туган, дустиңа.

Каршы алса, сине сөйгән ярың
Һәр көн саен өйгә кайтканда,
Улың, кызың: «Әти, исән йөр!» - дип,
Озатып калса ишек япканда.

“Исән-имин йөрсен балалар”, - дип,
Әти-әни кылса догасын,
Шул догалар саклар, яклар безне
Узган чакта тормыш божрасын.

2012, Сарман.



Обеззараживание, поставленное на «Поток»

Работа врача судебно-медицинского эксперта сопряжена с профессиональными рисками. В частности, при изучении объектов исследования специалист подвергается опасности инфекционного заражения. Исключить такую возможность в секционном зале Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава РТ (ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ») позволил комплексный подход с применением новой системы обеззараживания воздуха, гарантирующей инактивацию патогенной микрофлоры с эффективностью 99,99 %.



Новая секционная ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ» открылась в марте 2015 г., и здесь нашли применение самые современные технологии, обеспечивающие высочайший уровень инфекционной безопасности. «Сохранение здоровья каждого сотрудника бюро является для нас первостепенной задачей, – комментирует руководитель учреждения Марат Тимерзянов. – К сожалению, такие заболевания, как туберкулез и другие социально значимые инфекции, являются актуальной проблемой для судебных медиков. Если вопросы госпитальной эпидемиологии в медицинских клиниках регулируются различными нормативами и правилами, то деятельность патологоанатомов описана не так подробно. А вы только представьте, какой опасности подвергается врач – судебный эксперт при проведении вскрытия, например, лёгких, которые могут быть потенциальным очагом туберкулёзной инфекции!»

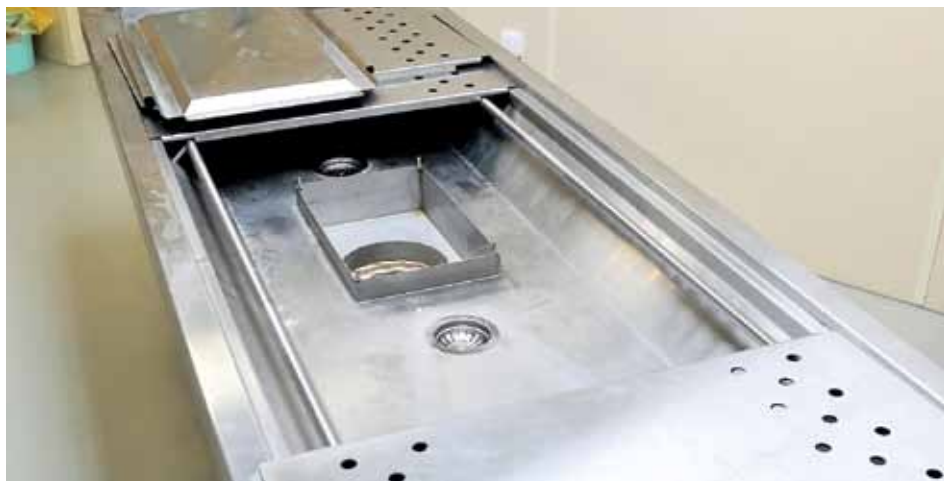
При проектировании инженерных коммуникаций в ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ» были взяты на вооружение подходы по обеспечению инфекционной безопасности операционных в центрах высокотехнологической медицин-

ской помощи. Пожалуй, впервые в России были разработаны специальные проектные решения по вентиляции, предусматривающие обеззараживание приточного воздуха в системе рециркуляции и воздухоотведение прямо из секционного стола.

Марат Тимерзянов: «Система вентиляции и обеззараживания обеспечивает многократную очистку воздуха в секционной. Причём запуск оборудования контролируется компьютерной программой. Если на 9 утра запланировано вскрытие, то уже с 8 часов запускается проветривание. Непосредственно во время работы

специалиста сверху в рабочую зону подаётся очищенный поток, а из секционного стола забирается на инактивацию потенциально заражённый воздух. После проведения вскрытия снова проводится проветривание воздуха».

Столь сложная инженерная задача была успешно решена благодаря инновационной технологии, позаимствованной... из космической отрасли. Технология инактивации «ПОТОК» – разработка отечественного предприятия НПФ «Поток Интер», использовалась для обеззараживания воздуха на Орбитальной космической станции «Мир», а сегодня применяется на



Международной космической станции.

Технология обеззараживания основана на явлении электропорации: при воздействии постоянных электрических полей заданной ориентации и напряжённости происходит разрушение мембран микроорганизмов, находящихся в обрабатываемом воздухе. Сам процесс инактивации занимает полсекунды, причём уничтожаются все бактерии и вирусы вне зависимости от их видовой принадлежности.

Эффективность данного оборудования была подтверждена рядом авторитетных научных институтов. Так, Исследовательский центр «БиоРесурсы и экология» и Институт биохимии и физиологии микроорганизмов им. Г. К. Скрябина РАН по результатам микробиологических исследований дали заключение о том, что установка «Поток 150-М-01» обеспечивает инактивацию *Pseudomonas fluorescens*, *Micrococcus luteus* и *Saccharomyces cerevisiae* не менее, чем на 99,99 %. Полную стерилизацию, независимо от вида микроорганизмов, подтвердил также НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. Более того, эффективность технологии была доказана и по итогам микробиологических исследований на борту Орбитальной космической станции «Мир» и Международной космической станции – инактивация бактерий и микроскопических плесневых грибов до 100 % подтвердил Институт медико-биологических проблем РАН.

Высокая эффективность такого оборудования сочетается с практичностью. «Основное преимущество нашей техники – отсутствие сменных элементов», – отмечает Рустем Газеев, директор Инженерной компании «Технострой» (официального дилера производителя



по Татарстану). – Этим она отличается от аналогов с фильтрами, которые могут накапливать патогенные микроорганизмы, так что их замена сама по себе превращается в довольно опасную для обслуживающего персонала процедуру. Установив «Поток» однажды, можно «забыть» об этом оборудовании на долгие годы. Мы гарантируем 5 лет бесперебойной работы при сроке эксплуатации в 10 лет. В этой технике отсутствуют какие-либо изнашивающиеся части, она просто не нуждается в техническом обслуживании. Таким образом, достигается существенная экономия на эксплуатационных расходах. Кроме того, это очень энергоэффективная технология – потребление электричества в единицы оборудования «Поток» сопоставимо с потреблением одной энергосберегающей лампочки. Система абсолютно безвредна для окружающей среды и человека, слаботочная техника не даёт каких-либо «наводок», излучений и т. п. ».

В зависимости от потребностей заказчика производитель предлагает автономные рециркуляционные установки, системы воздухораспределения, каналные систе-

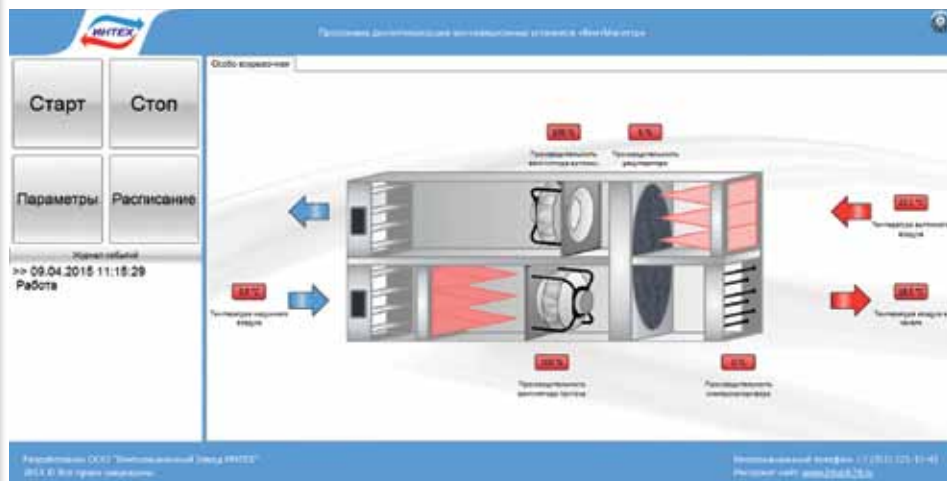
мы обеззараживания. Данное оборудование может быть установлено как при новом строительстве, так и при реновации зданий, капитальном ремонте, встраиваться в уже существующие инженерные системы. Специалисты компании «Технострой» проводят все необходимые расчёты с учётом требуемого расхода воздуха, ламинарных потоков и т. п.

Системы обеззараживания воздуха «Поток» сегодня успешно применяются в российских лечебных учреждениях, таких как НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Главный военно-клинический госпиталь им. ак. Н. Н. Бурденко МО РФ, Городская клиническая больница им. С. П. Боткина и многих других. В Татарстане, помимо Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ, это оборудование было установлено в Республиканской клинической больнице МЗ РТ, Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ, Городской клинической больнице № 16 г. Казани, Альметьевской детской городской больнице с перинатальным центром, Лениногорской и Бугульминской ЦРБ.*

МНЕНИЕ

В 2006 году в нашем НИИ неотложной детской хирургии и травматологии была усовершенствована система вентиляции. В её состав были включены установки обеззараживания воздуха «Поток 150-М-01» производства московской научно-производственной фирмы «Поток Интер». ...Забор проб воздуха в помещениях, где работают установки, показал отсутствие патогенной микрофлоры в воздушной среде. Мы считаем, что этот показатель существенно влияет на снижение риска инфицирования и осложнений в послеоперационном периоде. Качество проб воздуха полностью соответствует требованиям действующих санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. ... Мы желаем российским разработчикам установок «Поток» дальнейших успехов.

Директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, профессор Леонид Рошаль



12-кратный чемпион РСФСР по академической гребле, эффективный организатор здравоохранения, эксперт, с мнением которого считались самые высокие инстанции, учитель, создавший целую команду продолжателей своего дела, – и всё это об одном человеке, талантливом враче и герое нашей постоянной рубрики.

Профессиональное кредо: **ОБЪЕКТИВНОСТЬ**

К 75-летию со дня рождения руководителя
Бюро судебно-медицинской экспертизы
Юрия КАЛИНИНА



XXVII Республиканская научно-практическая конференция
судебно-медицинских экспертов
Казань - 1994

ЛИДЕР

Юрий Калинин возглавил Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы (РБ СМЭ) в 1984 году, когда оно переживало не самые лучшие времена. Раздор среди руководства бюро расколол прежде дружный коллектив, потянулись разбирательства за разбирательством, комиссия за комиссией. И вот в эпицентр этого конфликта из Мамадыша приехал новый руководитель – цветущий, («Совсем не выглядит на свои 45 лет», – отметили женщины.), спортивного телосложения, чрезвычайно обходительный с людьми, начитанный, и в то же время по-мужски надёжный, сейчас бы сказали «брутальный».

«Есть такие люди, которые улыбаются окружающим, несмотря ни на что, умеют перевести сложную ситуацию в шутку, – вспоминает Ростислав Туишев, бывший главный врач горбольницы № 15. – Иные начальники ориентированы на результат и не обращают внимания на то, что думают о них люди. Юрий Петрович был руководителем другого плана – он работал с коллективом и через него добивался результатов. Он достаточно быстро вошёл в состав главных врачей республики, стал заметной фигурой среди коллег, организаторов здравоохранения ТАССР».

«Юрий Павлович резких перемен не делал, а постепенно входил в новую для него сферу деятельности, – рассказывает Людмила Ломовцева, в ту пору заведующая отделом «живых лиц» РБ СМЭ. – По основным вопросам, касающимся коллектива, он всегда советовался с сотрудниками, с заведующими. Не навязывал нам свою позицию, а считал нужным её аргументировать. И делал это превосходно».

Чтобы после 16 лет работы невропатологом решиться возглавить республиканскую судмедэкспертизу, надо иметь немалую смелость и готовность учиться новому.

За короткое время Юрий Калинин наладил работу бюро, стал для коллектива авторитетным руководителем и защитником от любых внешних влияний. Главное, что он требовал от своих сотрудников, – это постоянно помнить о том, что от результата работы судебных медиков зависит судьба, достоинство, а подчас и жизнь человека. Он руководствовался в своей работе принципами: «Не утверждайте того, чего не можете доказать!» и «Лучше пусть будет не наказан виновный, чем пострадает невинный!».

ИСТОКИ

Умение мобилизовать коллектив и построить его на победу пришло к будущему руководителю бюро в молодости, когда параллельно с учёбой на лечебном факультете КГМИ он всерьёз занялся академической греблей. Ежедневные тренировки, пробежки по 10 км в любую погоду, участие в многочисленных соревнованиях закалили юношу, сделали его сильным, выносливым и дисциплинированным. В составе экипажа четвёрки распашной с рулевым капитан Калинин стал 12-кратным чемпионом России, трёхкратным чемпионом Спартакиады России, мастером спорта международного класса, первым чемпионом Большой московской регаты и Регаты балканских стран.

После окончания мединститута Юрий Калинин учился в аспирантуре на кафедре нормальной физиологии, а затем был направлен на работу в Мамадышскую ЦРБ, где проработал 16 лет в должности врача-невропатолога, психиатра, а также районного судмедэксперта по совместительству. Именно здесь он приобрёл огромный опыт клинициста и организатора. Уже в те годы он пришёл к выводу: «Нет лучше школы для врача-клинициста, чем работа в сельском здравоохранении».

Помимо лечебной работы Юрий Павлович как заместитель главврача ЦРБ принимал участие в улучшении материально-технической базы здравоохранения района. При его непосредственном участии в Мамадыше была построена типовая центральная районная больница на 400 коек, 4 участковые больницы, увеличен кадровый состав.

ЭКСПЕРТ

Чтобы после 16 лет работы невропатологом решиться возглавить республиканскую судмедэкспертизу, надо иметь немалую смелость и готовность учиться новому. В течение всего нескольких лет Юрий Калинин прошёл первичную специализацию, тематическое повышение, стажировку в Ленинградском ГИДУВе, в Ереване, Москве.

«Приехав из Ленинграда, Юрий Павлович пришёл к выводу: для того, чтобы успешно руководить коллективом, необходимо знать



После окончания мединститута Юрий Калинин учился в аспирантуре на кафедре нормальной физиологии, а затем был направлен на работу в Мамадышскую ЦРБ, где проработал 16 лет в должности врача-невропатолога, психиатра, а также районного судмедэксперта по совместительству. Именно здесь он приобрёл огромный опыт клинициста и организатора. Уже в те годы он пришёл к выводу: «Нет лучше школы для врача-клинициста, чем работа в сельском здравоохранении».



все службы и владеть всеми методами в судебной медицине, – вспоминает Людмила Ломовцева. – И он встал за секционный стол. Работал по субботам. Он брал на себя исследование самых интересных случаев, вскрывал и падение с высоты, и скоропостижную смерть, и отравления».

Был показательный случай: в одиночной камере скоропостижно умер убийца, приговорённый к высшей мере наказания. Признаков насилия не было обнаружено, сердце оказалось здоровым. Казалось, расследование зашло в тупик, но коллективная мысль бюро судмедэкспертизы нашла выход. Общая химическая экспертиза тогда была очень трудоёмкой, но точно определив группы веществ для исследования, эксперты назвали причину смерти – летальная доза фенобарбитала. Когда следственные органы узнали об этом, они чуть ли не всем составом, вместе с руководителями следственного изолятора, приехали для получения разъяснения. В итоге было установлено, что осуждённому, в связи с жалобами на головные боли и плохой сон, медсестра давала каждый день по таблетке фенобарбитала. Он накопил горсть таблеток и выпил их все, приговорив себя к смерти от отравления.

Отношение Ю. П. Калинина с работниками правоохранительных органов всегда были, с одной стороны, деловыми и профессиональными, а с другой, – доверительными, многие вопросы могли решаться при общении «тет-а-тет». Хороший контакт у него был с главным прокурором республики Кафилем Амировым, министром

МВД РТ Асгатом Сафаровым, его заместителем Рафилем Нугумановым.

«Его кредо было – объективность и ещё раз объективность, – рассказывает Валерий Спиридонов, ныне заведующий кафедрой судебной медицины КГМУ, д. м. н. – Он требовал от нас, чтобы мы никогда не шли на поводу у следствия, суда, разных обстоятельств. За это его и уважали. У него был дар убеждения, он умел вести за собой. Даже в сложных ситуациях, как это было при падении самолёта в Бугульме, зимой, с массой погибших, – никто не был к этому готов, но он взял на себя ответственность. Юрий Павлович был заинтересован в творческом росте своих сотрудников, создавал все условия для их развития. То, что я теперь доктор наук и заведующий кафедрой – тоже его заслуга. И ещё одна его особенность: у него был богатый опыт лечебной работы, и он это клиническое мышление внёс в экспертное сообщество».

Так, как-то при осмотре потерпевшего с кровоподтёком в области век правого глаза Юрий Павлович, несмотря на отсутствие жалоб неврологического характера, настоял на осмотре невропатологом. Потерпевший отказывался, ссылаясь на занятость и незначительность травмы, но эксперт подробно описал ему возможные последствия. Когда описанные симптомы начали появляться, мужчина обратился к специалисту и был вовремя прооперирован по поводу субдуральной гематомы. Заключение экспертизы было изменено с лёгкого на тяжкий вред здоровью.

УЧЁНЫЙ

Подобные случаи стимулировали научную деятельность Юрия Калинина, который избрал своим приоритетом одну из наименее изученных областей медицины – судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу потерпевших с повреждениями головы, повлёкшими психические расстройства.

До Юрия Павловича вопросы душевного состояния потерпевших от насилия, перенёсших физические травмы, сопровождавшиеся оскорблениями, стыдом за произошедшее, изучались недостаточно полно. Телесные раны заживают быстро, но часто на фоне посттравматического стресса появляются различные соматические заболевания, которые не поддаются лечению обычными средствами. О том, чтобы связать болезнь непосредственно со стрессовой ситуацией, никто всерьёз не задумывался. И Юрий Павлович почти в 60 лет садится писать диссертацию по этой теме. Поиск критериев оценки психической травмы проводился совместно с психиатром, профессором Каусаром Яхиным и профессором, д. м. н., в то время завкафедрой судебной медицины КГМУ Георгием Хариним. Диссертационная работа Юрия Павловича «Пограничные психические расстройства у потерпевших с травмой головы (принципы экспертной оценки тяжести вреда здоровью)» и в настоящее время актуальна не только для судебных медиков, но и для психиатров.

Научные интересы Юрия Павловича распространялись не только на медицинские и биологические дисциплины, но и касались юридических специальностей. Так, он явился рецензентом Справочника следователя «Судебно-медицинские аспекты процессуально-следственных действий



на месте происшествия», 2004 г., составленного прокурором РТ К. Ф. Амировым и завкафедрой судебной медицины КГМУ Г. М. Хариным; справочник, выпущенный под грифом Прокуратуры РФ и Министерства здравоохранения РФ, неоднократно переиздан.

ОРГАНИЗАТОР

Колоссальная трудоспособность, организаторские умения, знание психологии людей были вложены Юрием Павловичем в решение профессиональных и бытовых проблем РБ СМЭ. С 1992 по 2000 г. были построены два трёхэтажных пристроя к основному зданию бюро, отремонтировано и оснащено помещение КазхимНИИ, в которое переехало судебно-химическое отделение.

«Когда Юрий Павлович привёл меня показать будущие «апартаменты» химического отделения, я была шокирована состоянием помещений и стала упорно отказываться, – вспоминает Р. Г. Мансурова, бывшая заведующая судебно-химическим отделением. – Но он проявил недюжинный талант психолога и начальника, убеждая меня в необходимости проведения ремонта и дальнейшего освоения этих развалин, набитых рухлядью. В течение трёх лет каждый четверг, несмотря на свою занятость, он ходил со мной в КазхимНИИ, общался со строителями, вносил предложения. В конечном счёте судебно-химическое отделение получило в своё распоряжение великолепные помещения, отвечающие всем современным требованиям».

«Мы как головная организация проводили большую работу с районными судебно-медицинскими отделениями, – рассказы-

вает Людмила Ломовцева. – Вспоминая совместные командировки, поражаешься, как мы все успевали: за сутки могли объездить почти половину региона, проверить всё, начиная с журналов и кончая заключениями, пообщаться с экспертами и всем коллективом, посетить прокуратуру, МВД, суды. Это всё было возможно благодаря способности Юрия Павловича выделить главные и второстепенные задачи. Он чётко распределял обязанности проверяющих, за собой оставлял администрацию района и первых лиц – прокурора, начальника милиции, председателя суда. Работа была плодотворной. Поучений не было – была учёба у старшего коллеги. Мы могли работать без обеда, никаких изысканных приёмов, сберегая время для работы».

«Юрий Павлович спрогнозировал возможные риски для судебно-медицинской службы республики, поэтому много сил и времени отдавал наращиванию штатов учреждения, подготовке специалистов, их профессиональной защищённости, созданию новых структурных подразделений, внедрению в практическую работу современных методов исследования (генетических, биохимических, гистохимических, иммуногистохимических)», – вспоминает Алла Хромова, заведующая судебно-гистологическим отделением.

ПАМЯТЬ

Марат ТИМЕРЗЯНОВ (начальник ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ»): «Лучшей памятью Юрия Павловича является кол-

лектив профессионалов с большой буквы, девизом работы которого является ответственность, доказательность, динамичность».

Венера БУРЕЕВА во время памятных мероприятий, посвящённых его 75-летию, отметила, что «эстафета памяти Юрия Павловича не заканчивается, а передается новым поколениям судебных медиков».

В здравоохранении республики в настоящее время успешно работают его дети: Наталья и Владислав Калинины. А Венера Ивановна ведет активную педагогическую деятельность.

Ростислав ТУИШЕВ: «Юрий Калинин был человеком, который много ездил, много видел, был разносторонним и очень начитанным, очень бережно относившимся к слову, к русской речи. Многие его фразы стали крылатыми, и люди до сих пор их вспоминают». Профессор Дмитрий Красильников замечал: «Когда разговариваю с кем-либо, вспоминаю Юрия Павловича, и задумываюсь, а правильно ли я ставлю ударения?» А юмор у него был особенный, его любимые выражения подхватывали и цитировали все сотрудники бюро. Если кто-то из экспертов слишком далеко отклонялся в область предположений, Юрий Павлович говорил: «При чём здесь рыжие ботинки?» Другой его любимой фразой была: «Каждый должен нести свой чемодан».

В личном деле Юрия Павловича есть анкета, которую он заполнил в 1999 году. Вот всего два вопроса из неё:

– Что вы цените в людях?

– Честность, порядочность, исполнительность.

– В чём, по-вашему, смысл жизни?

– В служении и ощущении нужности людям.

Healthy Nation

Здоровье нации | №1 (20)

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

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

Заместитель главного редактора
Азат ЯХЬЯЕВ
azat-ya@healthynation.ru

Арт-директор
Игорь ТУТАЕВ
i.toutaev@healthynation.ru

Коммерческий отдел
i.volkova@healthynation.ru
reclama@healthynation.ru

Использованы фото: с порталов
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Игоря Тутаяева,
Булата Низамутдинова.
Учредитель – рекламное агентство
«Красная строка».



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

АДРЕС РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЯ:
420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 146.
Тел. редакции:
+7 (843) 290-12-21,
+7 (843) 290-50-38.
www.healthynation.ru

За содержание рекламных материалов
и объявлений редакция ответствен-
ности не несёт. 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 звёздочкой (*),
публикуются на правах рекламы.

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.



Номер заказа: М-724.
Тираж – 3000 экз.
Подписано в печать 16.04.2015.
Отпечатано в типографии
ООО «Медиа-Принт»,
420080, РТ, г. Казань, ул. Декабристов,
д. 100.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

**ГАУЗ РТ «Больница скорой
медицинской помощи»**
423803, г. Набережные Челны,
Набережночелнинский
проспект, д. 18.
Тел.: +7 (8552) 30-48-56,
справочная служба.
Факс: +7 (8552) 30-49-13.
E-mail: bsmf.nabchelnyn@tatar.ru
www.bsmp.tatarstan.ru

ЗАО «Генериум»
123317, г. Москва,
ул. Тестовская, д. 10.
Тел./факс: +7 (495) 988-47-94,
www.generium.ru

**ГАУЗ «Детская стоматологическая
поликлиника № 1»**
420034, г. Казань,
ул. 2-я Юго-Западная, 34.
Тел.: +7 (843) 523-88-31
Факс: +7 (843) 562-33-50.
E-mail: dsp1_34@mail.ru
www.kdsp1.ru

**Казанская государственная
медицинская академия**
420012, г. Казань, ул. Муштары, 11.
Тел./факс: +7 (843) 238-54-13.
E-mail: ksma@mi.ru
www.kgma.info

ООО «МЕДИТУРИЗМ»
420111, г. Казань,
ул. Пушкина, 19, оф. 201.1.
Тел./факс: +7 (843) 20-60-116,
+7 (843) 23-78-361.
Моб.: +7 (937) 77-98-390.
E-mail: info@mediturizm.ru
www.mediturizm.ru

ООО НПФ «Поток Интер»
115162, г. Москва,
ул. Хавская, д. 18, кор. 2.
Тел.: 8 (800) 55-00-495,
+7 (495) 665-17-35.
Официальный дилер ООО НПФ «Поток
Интер» по РТ – ООО «Инженерная
компания «Технострой».
Тел.: +7 (843) 524-72-73.
Факс: +7 (843) 211-20-30.

**Компания POZIS «Производственное
объединение «Завод имени Серго»**
422546, г. Зеленодольск,
ул. Привокзальная, 4.
Тел./факс: +7 (84371) 2-23-31, 2-22-42.
E-mail: medic@pozis.ru

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7–11 декабря 2015



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

25-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф

Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

12+

реклама

Новости | Статьи | Ссылки | Контакты | Подписка

191 Май 2012
191 Апрель 2012
191 Сентябрь 2011

Главное

Healthy Nation
Healthy Nation
Healthy Nation
Healthy Nation

- RSS-лента
- Рубрики
- Кардиология
 - Дерматология
 - Земельное право
 - Педиатрия
 - Стоматология
 - Шарлотт
 - Экстренная медицина
 - Инфекционные болезни
 - Неврология
 - Наркологический контроль
 - Судебная медицина
 - Врач суд - Ан-капитан
 - Стоматология
 - Математика
 - Информационные технологии
 - Технологии
 - Специальные вопросы
 - Медицина
 - Автомобили
 - Детские вопросы
 - Есть вопросы
 - Экстренная медицина
 - Легкие упражнения
 - Информационные технологии
 - Администрация

Передовые решения задач интенсивной терапии

У современного здравоохранения - много серьезных задач. Они возникают в непрерывном процессе роста числа пациентов, требующих интенсивности и длительности лечения. Среди них: развитие технологий, особенно в области инновационной терапии, повышение качества помощи пациентам в сфере комплексной сестринской помощи - Сидра.

Новый подход в решении проблемы рестенозов - баллоны с лекарственным покрытием

Технология «Сфера» - в настоящее время используется.

Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных

Эффективная технология в дистанционном лечении.

Опыт лечения больных с острой почечной недостаточностью низкотоковыми фильтрационными методами после операций на сердце

Методы экстракорпоральной гемокоррекции (ЭЭГ) становятся необходимым компонентом программы интенсивного лечения широкого круга заболеваний в состоянии.

Голосование

Как вы оцениваете новый сайт журнала Healthy Nation?

- Отлично
- Хорошо
- Средне
- Плохо
- Ничего не понимаю, в чем вопрос?

Голосовать

Healthy Nation

Голосование

Приветствие на мероприятии, посвященном 100-летию

- Спасибо, очень приятно
- не интересно от души
- Понравилось и интересно
- Поздравляю с юбилеем

Голосовать



<p>НИ МОДЕРНИЗАЦИЯ</p> <p>Важное звено здравоохранения</p> <p>Почему так важно модернизация здравоохранения? В чем ее суть? Какие задачи стоят перед нами? Как это сделать? Ответы на эти вопросы вы найдете в нашей статье.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Модернизация здравоохранения Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы 	<p>НИ ОНКОЛОГИЯ</p> <p>Интервью Валерия Чисова</p> <p>Как важно для нас иметь хорошего специалиста в области онкологии? Как это сделать? Ответы на эти вопросы вы найдете в нашей статье.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Инновационные технологии в онкологии Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы 	<p>НИ ТЕХНОЛОГИИ</p> <p>Сондальсграфия + гистологический анализ</p> <p>Технология сондальсграфии - это революционная технология в диагностике заболеваний.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Инновационные технологии в диагностике Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы
<p>НИ БИОТЕХНОЛОГИИ</p> <p>Суставы - вторую жизнь</p> <p>Суставы - это основа нашей жизни. Как их сохранить? Как их лечить? Ответы на эти вопросы вы найдете в нашей статье.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Инновационные технологии в лечении суставов Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы 	<p>НИ РАДИОЛОГИЯ</p> <p>Скрытая угроза</p> <p>Скрытая угроза - это заболевание, которое может возникнуть в любой момент. Как его предотвратить? Ответы на эти вопросы вы найдете в нашей статье.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Инновационные технологии в диагностике Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы 	<p>НИ ДИАГНОСТИКА</p> <p>Под контролем УЗИ-датчиков</p> <p>Технология УЗИ-датчиков - это революционная технология в диагностике заболеваний.</p> <p>Читайте также:</p> <ul style="list-style-type: none"> Инновационные технологии в диагностике Поддержка инновационных технологий Повышение качества работы

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru

