

# ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

## АКУШЕРСТВО

Преэклампсия – одна из причин материнской смертности

16

## ГИНЕКОЛОГИЯ

Зачем несовершеннолетней девочке гинеколог?

31

## МАММОЛОГИЯ

Европейские звезды маммопластики приехали в Казань

48

## ЛЕГЕНДА

27 лет на службе здравоохранения Татарстана

61

## ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Этикет вместо личных отношений

64



## В ФОКУСЕ - ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

«АК ЧЭЧЭКЛЭР»

ЮБИЛЕЙНАЯ ЦЕРЕМОНИЯ  
ВРУЧЕНИЯ ПРЕМИИ

СТР. 12

Служат своему Отечеству [12] • Гинекологическая заболеваемость «молодеет» [16] • Всевидящее око ультразвука [18] • Поймать болезнь в зародыше [22] • Современные аспекты маточных кровотечений [24] • Путь к совершенству: антивозрастные программы в косметологии [28] • Восемь вопросов в детской гинекологии [31] • Скрининг рака шейки матки: опыт Новошешминского и Сармановского районов Татарстана [34] • Клиника «АВА-ПЕТЕР»: врачи, пробуждающие жизнь [37] • Современные технологии на страже здоровья и долголетия [40] • Гистероскопия – теперь и в Татарстане [43] • Специализированный CO<sub>2</sub>-лазерный гинекологический комплекс Lumenis в практике врача-гинеколога [44] • Когда йод в дефиците [46] • Маммопластика мирового уровня [48] • Саркоидоз [50] • Удобно – пациентам, выгодно – больнице [52] • Медицина катастроф [54] • Непобедимая [57] • Открытая душа [59] • Жизнь в соответствии с долгом [61] • Глобализация и этикет [64]



- Разработка и производство медицинского оборудования
- Инновационные решения
- Воплощение нереализованного научного и интеллектуального потенциала российских разработчиков
- Поиск решений для российской медицины
- Полный цикл фундаментальных, прикладных, научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ

HIGH TECH

## Приглашаем к сотрудничеству партнеров и разработчиков!

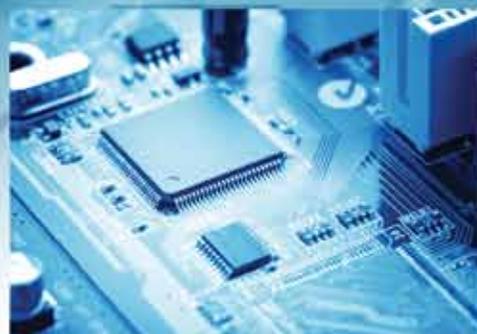
Компания «Антей-Мед» продолжает поиск разработчиков и производителей медицинской техники.

Основные критерии при отборе заявок на участие:

- инновационность проекта;
- соответствие мировым стандартам;
- востребованность на российском рынке.

Предприятие «Антей-Мед» создано 17 апреля 2012 года на паритетных началах ОАО «ВНИИРА», входящим в состав ОАО «Концерн ПВО «Алмаз-Антей», и ЗАО «Научно-исследовательская производственная компания «Электрон».

Основные цели ООО «Антей-Мед» - повышение качества производимой в России медицинской техники, создание и вывод на рынок широкой линейки высококачественного диагностического оборудования российского производства.



На правах рекламы.

Узнать более подробную информацию, а также подать заявку на рассмотрение вашего проекта вы можете на сайтах компаний «Антей-Мед» и НИПК «Электрон».

Healthy Nation

Новости | Наука | Семейная медицина | Технологии | Космос

191 Май 2012  
191 Апрель 2012  
191 Сентябрь 2011

ГЛАВНОЕ

Healthy Nation  
доклады (донативы)

Healthy Nation  
SUMMER 2012

Healthy Nation  
SUMMER 2012

RSS-лента

Клиника

Дети

Здоровье

Психология

История

Фитнес

Семья

Иммунитет

Искусство

Наука

Медицина

Медицинский дизайн

Спорт

Вредная еда

Самоздоровье

Мирозрение

Нейрофизиология

Технологии

Семейная медицина

Математика

Космос

Демография

Есть мнение

Экономика

Легенды здравоохранения

Исторические заболевания

Анатомия

голосование

Как вы планируете использовать свой смартфон Healthy Nation?

Использовать

Иногда

Средне

Редко

Никогда не планирую использовать смартфон

Голосовать

Результат

Использовать

NEW

Healthy Nation

Передовые решения задач интенсивной терапии

Устаревшие подходы к лечению тяжелых пациентов. Новые подходы к лечению тяжелых пациентов. Новые подходы к лечению тяжелых пациентов.

Новый подход в решении проблемы рестенозов - баллоны с лекарственным покрытием

Технология «Сайт-технология» и новые методы лечения.

Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных

Эффективное лечение в домашних условиях.

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

Внедрение интервенционной кардиологии (ИК) становится важнейшим компонентом программы развития лечебной помощи круга заболеваний и состояний.

Справка 1 из 5

Публикация: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Важное звено  
здоровообращения

Интервью  
Валерия Чиркова

Соннолистграфия  
+ гистологический

Суставы -  
вторую жизнь

Скрытая  
угроза

Под контролем  
УЗ-датчиков

Healthy Nation

На правах рекламы.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru



# СОДЕРЖАНИЕ

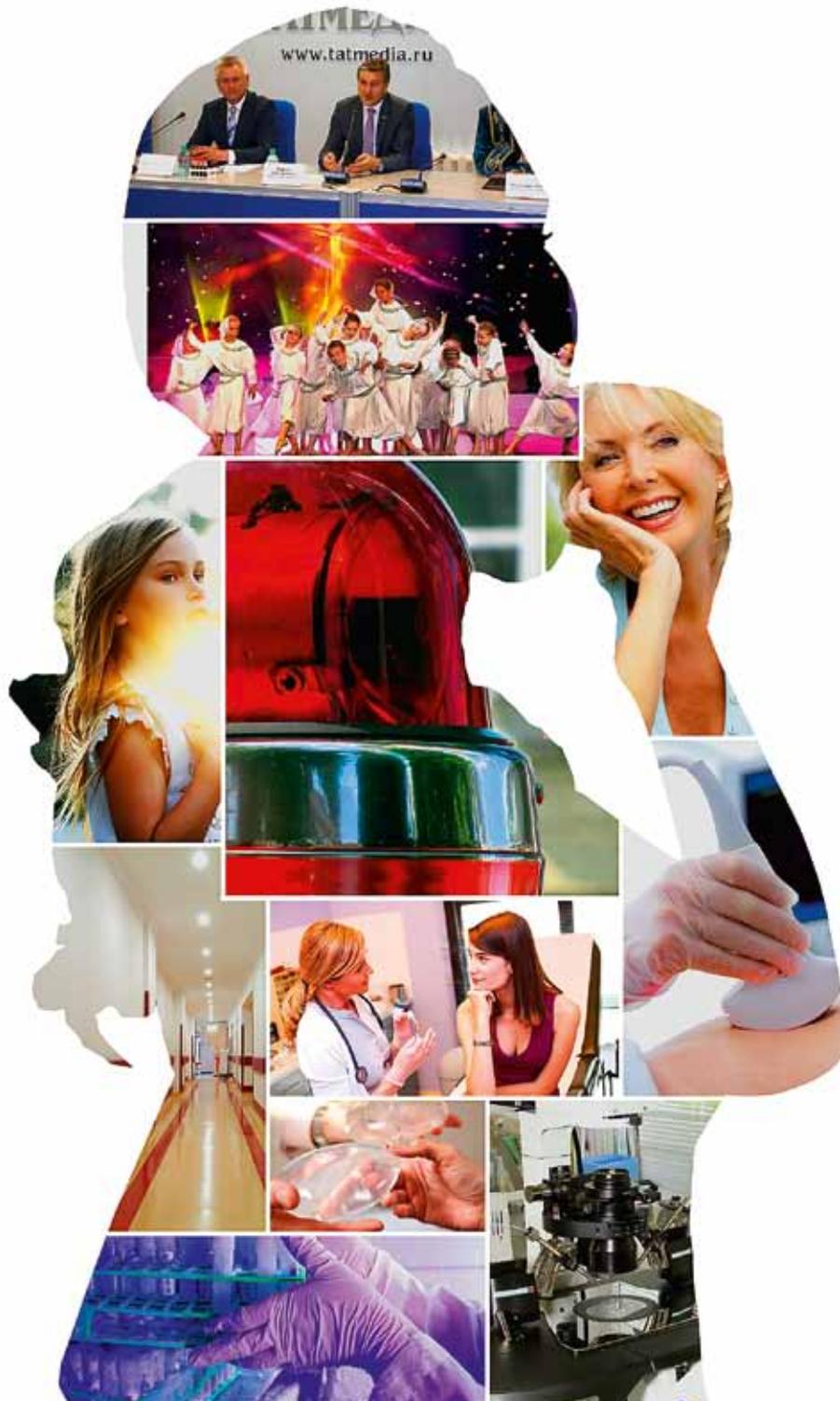
---

# CONTENTS

12	Служат своему Отечеству
16	Гинекологическая заболеваемость «молодеет»
18	Всевидящее око ультразвука
22	Поймать болезнь в зародыше
24	Современные аспекты маточных кровотечений
28	Путь к совершенству: антивозрастные программы в косметологии
31	Восемь вопросов в детской гинекологии
34	Скрининг рака шейки матки: опыт Новошешминского и Сармановского районов Татарстана
37	Клиника «АВА-ПЕТЕР»: врачи, пробуждающие жизнь
40	Современные технологии на страже здоровья и долголетия
43	Гистероскопия - теперь и в Татарстане
44	Специализированный CO <sub>2</sub> -лазерный гинекологический комплекс Lumenis в практике врача-гинеколога
46	Когда йод в дефиците
48	Маммопластика мирового уровня
50	Саркоидоз
52	Удобно - пациентам, выгодно - больнице
54	Медицина катастроф
57	Непобедимая
59	Открытая душа
61	Жизнь в соответствии с долгом
64	Глобализация и этикет

# Healthy Nation

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ





## Кировская область

### «Спасибо, доктор!»

На торжественном вечере, посвященном Дню медицинского работника, состоялось награждение победителей конкурса «Спасибо, доктор!». С 30 апреля по 10 июня на сайте Департамента здравоохранения проходило интернет-голосование за лучшего врача. Претенденты были выбраны из числа медиков, в чей адрес пришло наибольшее количество благодарностей за 2011 – 2012 годы, а также герои самых интересных и трогательных историй, которые написали посетители портала. На страничке каждого врача можно было узнать о его достижениях, почитать отзывы, а также отправить собственные добрые слова. Жители области отдали за врачей около 20 тысяч голосов. Кроме того, в течение двух недель пациенты сами могли номинировать своих любимых докторов для участия в интернет-голосовании. Для этого они посылали отзывы о врачах в Департамент здравоохранения. Победителями стали врач-терапевт дневного стационара Кировской городской клинической поликлиники №2 Наталья Шаромова, заведующий первым травматологическим отделением Кировской областной клинической больницы №3 Александр Деришев, заведующий хирургическим отделением Зуевской центральной районной больницы Юрий Стяжкин. Кроме того, конкурсная комиссия решила выделить специальную номинацию «Доброе сердце», победителем стала детский нефролог Кировской областной детской клинической больницы Ольга Заболотских.

### Определен

### «Мистер здравоохранения»

В Кировской области впервые состоялся конкурс «Мистер здравоохранения». Инициатива его проведения принадлежит Кировской областной организации профсоюза работников здравоохранения. За звание «Мистер здравоохранения» состязались 10 врачей учреждений здравоохранения областного центра, а также медицинские работники из Кирово-Чепецка, Уней, Уржума и Слободского. Им нужно было оригинально представить себя и свое учреждение, в творческой форме рассказать о преимуществах профсоюзной организации, ощутить себя в роли стилистов и из подручного материала создать костюм пациента, в произвольной форме продемонстрировать свои таланты. Воплощать оригинальные идеи конкурсантам помогали коллеги, которые участвовали в сценках, танцевальных номерах. За остроумный юмор и певческий талант победителем единогласно был признан врач-анестезиолог-реаниматолог Станции скорой медицинской помощи города Кирова Александр Огородников.



## Республика Марий Эл

### Сосудистый центр на региональном уровне

В рамках Федеральной программы «Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» открылись региональный сосудистый центр на базе Йошкар-Олинской городской больницы, а также сосудистое отделение в Волжской центральной районной больнице. В общей сложности из федерального и республиканского бюджетов на эти цели было направлено 270 млн рублей.

Региональный центр оснащен современным оборудованием, в том числе магнитно-резонансным томографом, ангиографической установкой. Здесь будут проходить лечение пациенты из Йошкар-Олы и четырех близлежащих районов. Первичное сосудистое отделение в Волжске рассчитано на обслуживание населения Волжска, Волжского, Звениговского и Моркинского районов. Волжская ЦРБ стала первой из центральных районных больниц республики, где появился 16-срезовый компьютерный томограф.

За последние шесть лет заболеваемость системы кровообращения в Марий Эл выросла на 33%, в 2011 году сосудистые болезни стали причиной смерти 54,6% жителей республики.

### Метод ИКСИ - теперь и в Йошкар-Оле

ИКСИ - один из методов вспомогательных репродуктивных технологий, который начали применять в Центре по лечению бесплодия на базе Медсанчасти №1 в Йошкар-Оле. Уже 16 лет специалисты Центра занимаются экстракорпоральным оплодотворением, но в основном они лечили женское бесплодие, хотя мужское встречается нечасто. За счет средств медсанчасти была приобретена дорогостоящая ИКСИ-станция, обучены два эмбриолога.

### Долгострой отдали под медучреждения

Несколько лет назад в заречной части Йошкар-Олы началось строительство торгово-развлекательного центра, которое впоследствии было заморожено. Решением руководства республики два недостроенных здания были отданы под крупный амбулаторно-поликлинический комплекс. Здесь разместятся детская поликлиника, женская консультация, взрослая поликлиника, урологический центр и центр сосудистой хирургии.

Комплекс планируется сдать в 2013 году. Возможно, со временем поликлиника получит статус республиканской, и сюда смогут обратиться не только городские, но и сельские жители.



## Ульяновская область

### Награждены лучшие медики области

На торжественном вечере, посвященном Дню медицинского работника, состоялась церемония награждения, в которой принял участие губернатор Ульяновской области Сергей Морозов. Были объявлены победители ежегодной областной премии «Призвание», лучшие врачи получили почетные грамоты Министерства здравоохранения РФ, почетные грамоты и благодарственные письма губернатора Ульяновской области, почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Ульяновской области». Глава региона сообщил о том, что с федеральным центром достигнута договоренность о поддержке строительства перинатального центра федерального значения, противотуберкулезного диспансера и двух хирургических корпусов для областной больницы и онкодиспансера. «Остройшей проблемой остается неукомплектованность медицинскими кадрами, – отметил Сергей Морозов. – В ближайшее время будет разработан подробный план в разрезе каждого учреждения по обеспечению жильем медицинских работников». Министр здравоохранения Ульяновской области Валентина Караулова поздравила медицинских работников: «Благодаря реализации целого комплекса мероприятий на территории региона нам удалось добиться значительного снижения смертности, увеличения рождаемости. Много сделано, но еще больше предстоит сделать. Я сердечно поздравляю коллег с нашим профессиональным праздником и желаю вам счастья, исполнения всех желаний и свершения надежд».

### Бесперебойное электропитание от Владислава Третьяка

25 июня в ходе визита депутата Государственной Думы Владислава Третьяка в Ульяновский областной центр специализированных видов медицинской помощи состоялся ввод в эксплуатацию системы бесперебойного электропитания. «Мощности такой аппаратуры хватит на один час работы во время полного отключения. Теперь до включения резервного источника питания, а на это уходит 40 минут, оба реанимационных зала будут обеспечены электроэнергией», – отметил главный врач областного центра Алексей Куринный. Система бесперебойного питания была поставлена в лечебное учреждение в рамках благотворительного проекта Фонда «Международная спортивная академия Владислава Третьяка» и компании «Альфа-Тек».



## Пермский край

### Пять региональных сосудистых центров

В 2012 году Пермский край участвует в федеральной программе по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Федеральная субсидия для региона составит почти 242 млн рублей. В рамках этой программы в крае будут созданы пять региональных сосудистых центров и 12 первичных сосудистых отделений на базе крупных краевых больниц. Региональные центры предлагается разместить на базе Института сердца, пермских городских клинических больниц №3 и №4, медико-санитарной части №11, городской больницы №2 Березняков. Первичные сосудистые отделения по профилям «неврология» и «кардиология» Минздрав Пермского края намерен создать на базе больниц Перми, Кудымкара, Чернушки, Соликамска, Осы, Чайковского, Чусового, Краснокамска, Кунгура.

### Поделились опытом с пензенским минздравом

Делегация Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области познакомилась с работой лечебно-профилактических учреждений и опытом организации медицинской помощи в Пермском крае. В составе комиссии, куда входили специалисты-эксперты Пермской медицинской академии, главные внештатные специалисты других регионов, она приняла участие в проведении аудита системы здравоохранения, посетив 10 больниц и краевой перинатальный центр. «Характерной особенностью пермских медицинских учреждений является то, что все поликлиники являются самостоятельными юридическими лицами и отделены от стационаров, – отметил министр здравоохранения Пензенской области Владимир Стрючков. – Также здесь широко развито государственно-частное партнерство, многие услуги – транспортные, прачечные, питание, лабораторная диагностика – переданы на аутсорсинг. То, что реализуется в Пензенской области, соответствует самым современным стандартам, предъявляемым к системе здравоохранения».

### Больниц стало меньше

Пермстат опубликовал данные о количестве больниц, поликлиник и врачей в крае. За последние 11 лет в регионе учреждений здравоохранения, врачей и медперсонала стало меньше. Закрыто 102 больницы, 96 поликлиник и 312 фельдшерско-акушерских пунктов. Количество врачей уменьшилось на 1,2 тысячи человек, медперсонала – на пять тысяч. С 2000 по 2011 год число больниц в Пермском крае сократилось с 234 до 132, больничных коек – с 38 582 до 22 839, поликлиник – с 349 до 253, фельдшерско-акушерских пунктов – с 959 до 647.

# НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

## Модернизацию обсудили на совещании



Премьер-министр Татарстана Ильдар Халиков принял участие во Всероссийском совещании по вопросам реализации региональных программ модернизации здравоохранения, которое в режиме видеоконференции провела вице-премьер РФ Ольга Голодец. В 2011 - 2012 годах на эти нужды заложено 625 млрд рублей, которые направляются, в первую очередь, на укрепление материально-технической базы медицинской отрасли. На сегодня в России отремонтировано 874 медицинских учреждения, в 107 проведен текущий ремонт. По словам вице-преьера, это всего лишь четверть от запланированного объема, и сейчас необходимо усилить работу, чтобы уложиться в установленные сроки. В ЛПУ поставлено 106 тысяч единиц медицинского оборудования. «Я прошу обратить серьезнейшее внимание на систему подготовки врачей. Техника должна работать и давать ожидаемую отдачу», - заявила Ольга Голодец. По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, региональные программы модернизации направлены на создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, состоящей из медицинских учреждений первичного звена, межмуниципальных и медицинских центров. ЛПУ всех уровней должны быть объединены в единую информационную сеть.

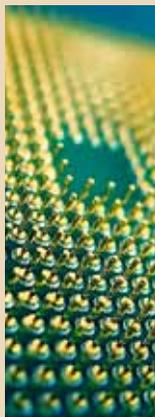
## «Онкодозор» заслужил «Признание»



Группа врачей и общественных деятелей из нескольких городов России (в том числе и представители Татарстана) стала победителем всероссийской премии «Признание» в номинации «За создание нового направления в медицине». Эксперты номинировали этот коллектив за создание школы раковых больных. Программа «Онкодозор», разработанная и реализуемая некоммерческим

партнерством «Равное право на жизнь» совместно с межрегиональным общественным движением «Движение против рака», представляет собой комплекс мероприятий по ранней диагностике и лечению онкологических заболеваний. Благодаря усилиям участников проекта уже более 20 тысяч россиян из разных городов страны получили возможность пройти бесплатные обследования на самые распространенные виды онкологических заболеваний, а также консультации ведущих специалистов.

## «Технологии инновационного здравоохранения»



XI Международная научно-практическая конференция с таким названием прошла в казанском IT-парке. В ней приняли участие руководители региональных департаментов, министерств и городских комитетов здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования, ведущих клиник и компаний России, стран СНГ и Европы. «Вопрос внедрения информационных технологий как никогда актуален, - отметил министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов. - Они помогают эффективно управлять отраслью, повышают производительность труда, позволяют более экономно использовать ресурсы». В ходе конференции были обсуждены теоретические аспекты построения региональных систем здравоохранения, рассмотрены проекты, реализованные на практике в других городах и странах, вопросы создания национальной «облачной» платформы.

## «Лучший врач» Челнов

Фтизиатр Набережночелнинского противотуберкулезного диспансера занял второе место на Всероссийском конкурсе «Лучший врач года-2011».



Елена Нелюбина - врач-фтизиатр, заместитель главного врача по лечебной работе - стала призером в номинации «Лучший врач-фтизиатр». В системе здравоохранения она работает уже 34 года, 26 из них отданы Набережночелнинскому противотуберкулезному диспансеру. Ведет активную работу по профилактике раннего выявления туберкулеза в Автограде, организует и обеспечивает

проведение штабов по борьбе с этим грозным заболеванием, научно-практических и клинико-анатомических конференций, семинаров и декадников для врачей и жителей города. Уделяет большое внимание санитарно-просветительской работе, проводя лекции для населения, выступая по местному телевидению. Является председателем клинико-экспертной комиссии по вопросам временной нетрудоспособности и повышения качества оказания медицинской помощи.

## На стыке онкологии и ортопедии

В Казани прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Саркома костей, мягких тканей и опухоли кожи».



«Мы рады приветствовать общепризнанных лидеров в области отечественной онкологии, - сказал заместитель министра здравоохранения РТ Сергей Осипов. - Выбор Казани местом проведения этой конференции свидетельствует о признании роли регионального технологий диагностики и о высоком авторитете казанской онкологической школы».

Участники конференции обсудили вопросы новых технологий диагностики и о высоком авторитете казанской новообразований костей, мягких тканей и кожи. Также здесь состоялся мастер-класс по эндопротезированию крупного сустава нижней конечности, показательную операцию провел академик РАН и РАН Мамед Алиев. Он отметил, что проблема саркомы сейчас в России очень актуальна. Около пяти тысяч пациентов в год с этим заболеванием проходят лечение, из них более 1,7 тысячи - с саркомой костей и около 2,5 тысяч - с опухолями и саркомой мягких тканей. В среднем 83% больных при правильных диагностировании и лечении выживают.

## Определились победители Спартакиады

Финальный этап Спартакиады работников здравоохранения РТ «Здоровье-2012» прошел на стадионе «Олимп».



Здесь состоялась состязания по перетягиванию каната и шведская эстафета, в них приняло участие более 800 спортсменов - работников здравоохранения республики. Начало спортивному празднику положил традиционный парад команд. С приветственным словом к участникам Спартакиады обратился первый заместитель министра здравоохранения РТ Адель Вафин. Он подчеркнул важность проводимого мероприятия, отметив, что Спартакиада является крупнейшим спортивным событием в жизни работников здравоохранения республики. По итогам соревнований среди сельских команд места распределились следующим образом: 1 место - Рыбная Слобода, 2 место - Кукмор, 3 место - Аксубаево; среди городских: 1 место - ДРКБ, 2 место - Альметьевск, 3 место - Казань.



# Донорство без конфессиональных границ



**Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Религиозная организация «Казанская Епархия Русской Православной Церкви (Московский Патриархат)» и Централизованная религиозная организация – Духовное управление мусульман Республики Татарстан подписали Протокол о социальном сотрудничестве в сфере развития безвозмездного массового донорства, впервые в России.**

По словам министра здравоохранения РТ Айрата Фаррахова, договоренность о встрече с духовными лидерами были достигнута буквально в течение 15 секунд, что говорит об актуальности и перспективности такого взаимодействия.

Напомним, что два года назад Минздрав РТ подписал стратегический договор о сотрудничестве с представителями ведущих конфессий Татарстана. Была проделана огромная работа, наглядным результатом которой служит открытие молебных комнат практически в каждой крупной клинике. Что характерно, их стали посещать не только пациенты медучреждений, но и медицинские работники. Кроме того, при клиниках «закреплены» духовные служители, которые поддерживают больных в трудную минуту жизни, взаимодействуют с руководством ЛПУ, врачами.

«Республика взяла курс на развитие высоких медицинских технологий, выполнение самых современных оперативных вмешательств, а они, безусловно, требуют большого количества крови, ее препаратов, -

сказал Айрат Фаррахов. - Достаточный запас постоянно хранится у нас, но вместе с тем мы хотим расширить число потенциальных доноров. Технологии меняются, мы все чаще переливаем свежую кровь, которая заготовлена с использованием, скажем так, более тонких методов.

Для нас также важно создание в обществе положительной мотивации для развития донорского движения. Ведь каждый может перейти в число нуждающихся в крови. Я хотел бы выразить огромную благодарность Казанской Епархии и Духовному управлению мусульман Татарстана за то, что они откликнулись на это предложение».

«В каждой мечети, церкви будут висеть баннеры с информацией, куда прихожанам можно прийти, чтобы сдать кровь, - рассказал главный врач Республиканской станции переливания крови МЗ РТ Рамиль Тураев. - Мы надеемся расширить базу постоянных доноров». Он также весьма оригинальным способом ответил на вопрос, можно ли переливать кровь, взятую у мусульман, христианам и наоборот. Рамиль Тураев показал

журналистам пробирки с кровью, взятой у представителей различной религиозной принадлежности, и попросил найти различия.

Архиепископ Казанский и Татарстанский Анастасий напомнил собравшимся слова апостола Павла: «От единой крови Бог создал весь род человеческий, чтобы они жили по всему лицу Земли». С ним солидарен и председатель ДУМ РТ муфтий Татарстана Илдус хазрат Фаизов, который сказал, что в беде не имеет значения, какого вероисповедания человек, первым протянувший руку помощи, - перед ней все равны.

«Нас радует, что в Духовном управлении мусульман и Казанской Епархии есть люди с медицинским образованием, - подытожил Айрат Фаррахов. - Представители духовенства могут поддержать нас в части популяризации здорового образа жизни, снижая влияние факторов риска, приводящих к болезням. Следующий наш совместный проект - это строительство детского хосписа, в реализации которого представители ведущих конфессий Татарстана также принимают активное участие».



Российская неделя здравоохранения



Реклама



# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

# 3-7 декабря 2012

Центральный выставочный комплекс  
«Экспоцентр», Москва, Россия

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

Организатор:



При поддержке:

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

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы



**Айрат Фаррахов,  
министр здравоохранения  
Республики Татарстан**

# Дорогие коллеги!

Сердечно поздравляю вас - врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитарок, фармацевтов, ученых, педагогов, готовящих кадры для здравоохранения, других специалистов, работающих в нашей отрасли, - с Днем медицинского работника!

Со времен Гиппократа врачевание тела и души остается и самым трудным, и самым благородным делом. Сострадание, милосердие, гуманизм - на этих принципах основана наша профессиональная деятельность. И это заставляет каждого, кто носит белый медицинский халат, чувствовать огромную ответственность за результаты своего труда. Недаром наш знаменитый земляк В.М. Бехтерев говорил: «Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач». Очень трудно каждый день делить с людьми их боль, даря при этом надежду и вселяя оптимизм. Но именно это делают те, кто связал себя с медициной.

Внимание и помощь медицине со стороны государства, которые мы ощущаем в последние годы, принесли ощутимые результаты. Реализация многих программ, направленных на совершенствование медицинской помощи больным, явилась важным этапом дальнейшего развития здравоохранения Республики Татарстан.

Но для достижения поставленных задач мало модернизировать больницы и поликлиники, оснастить их современным оборудованием, открыть новые медицинские центры. Для этого необходимо изменить идеологию нашей работы - поставить во главу угла интересы пациента.

Существенным событием в жизни медицинского сообщества является принятие нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который открывает перспективы более сбалансированной системы государственных гарантий оказания медицинской помощи. Он предусматривает внедрение обязательных к исполнению порядков и стандартов оказания медицинской помощи, реформу медицинского образования и системы аккредитации специалистов.

Нельзя не отметить позитивные результаты нашей с вами работы, которые есть уже сейчас, - увеличение темпа роста рождаемости и снижение смертности в последние два года, успешное проведение сложнейших операций, профессиональное признание татарстанских специалистов на федеральном уровне.

Безусловно, у здравоохранения республики еще много проблем, однако, думаю, что большой и славный коллектив медицинских работников способен преодолеть трудности и создавать все более качественную и надежную медицину. Ни одна профессия не может сравниться по своей важности и сложности с профессией медика. Поэтому особенно хочется пожелать вам успехов в вашем нелегком труде, требующем от вас всех душевных сил и полной отдачи.

Примите самые теплые пожелания! Желаю всем медицинским работникам Республики Татарстан профессиональной самореализации, личного благополучия, здоровья вам и вашим близким! Пусть никогда вам не придется усомниться в той пользе, которую вы приносите каждой минутой своей работы! С праздником!



ПРЕМИЯ  
ЛУЧШИМ ВРАЧАМ



Ак Чэчэклэр



# Служат своему Отечеству

Пятая, юбилейная церемония вручения премии лучшим врачам Республики Татарстан «Ак чэчэклэр» состоялась в Казани.

Конкурс «Ак чэчэклэр», ежегодно организуемый Минздравом РТ, призван поддерживать престиж профессии врача, поощрять лучших из лучших. В этом году было подано около 70 презентационных работ, номинантами конкурса стали 12 человек и три учреждения. Как и всегда, победителей определял Общественный совет при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан путем открытого голосования. Важную роль сыграло и интернет-голосование, в ходе которого за номинантов было отдано свыше 45 тысяч голосов.

Каждый раз церемония вручения превращается в настоящий праздник, шоу, в котором находится место и для теплых слов, и для ярких оригинальных концертных номеров. В этом году организаторы премии пригласили врачей посетить театр - Татарский академический государственный театр оперы и балета им. Мусы Джалиля. Именно здесь, в торжественной обстановке, под оркестровый туш выходили на сцену лучшие представители медицинского сообщества. «Каждая церемония награждения лучших врачей Республики Татарстан становится для

меня чрезвычайно волнительной, - сказал в своем приветственном слове министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов. - Я не могу сдержать эмоций, когда вокруг так много хороших людей, профессиональных врачей, и, конечно же, каждого мы хотели бы поощрить. Благодаря решениям, принятым Рустамом Нургалиевичем Миннихановым, правительством Республики Татарстан, в последние годы у нас происходят беспрецедентные изменения в здравоохранении, сегодня мы переходим от центров высоких технологий к модернизации первичного звена. Мы добились снижения смертности, роста рождаемости, смогли обеспечить естественный прирост населения республики. Уважаемые коллеги! Я рад, что сегодня мы вновь можем испытать чувство профессионального объединения ради одной цели - исполнения своего благородного долга».

Как и всегда, победителей определял **Общественный совет при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан** путем открытого голосования. Важную роль сыграло и интернет-голосование, в ходе которого за номинантов было отдано свыше 45 тысяч голосов.



«Медицинским работником года» была признана Кадерия Загидуллина, старшая операционная медицинская сестра хирургического отделения ГАУЗ «Кукморская центральная районная больница», а победителем в номинации «Лучший врач первичного звена» стала Лузия Сафарова, врач-педиатр поликлиники детской больницы ГАУЗ «Бугульминская центральная районная больница».

В номинации «Уникальный случай» победу одержал коллектив врачей из Республиканской клинической больницы МЗ РТ: Александр Максимов, Ильдар Халилов, Рифкат Нуретдинов, Светлана Булашова.

«Легендой здравоохранения» стал Фарид Фаткуллин - участник Великой Отечественной войны, в послевоенное время посвятивший свою жизнь развитию здравоохранения Татарстана.

Победителем в главной номинации «Врач года» стала Дина Хасанова - заместитель генерального директора Межрегионального клинко-диагностического центра, руководитель Республиканского головного сосудистого центра.

«Спасибо вам от всех татарстанцев. От тех, кто остается живым благодаря вашему профессионализму. От тех, кто сегодня трудится на предприятиях, а не лежит на больничной койке благодаря вашей сердечности, - сказал Премьер-министр Татарстана Ильдар Халиков. - Мне очень приятно, что этот праздник проходит в год, когда мечта Айрата Фаррахова, чтобы рождаемость превысила смертность, наконец-то сбылась. Я поздравляю вас как министра и все медицинское сообщество и хочу сказать вам спасибо».

Специальный приз от Президента Республики Татарстан Рустама Минниханова -

автомобиль Fiat Albea - получила номинант премии Милеуша Шарифуллина, заведующая Чертушинским фельдшерско-акушерским пунктом ГАУЗ «Новошешминская центральная районная больница». Отдельно была отмечена и ведущая вечера - доктор, а точнее, «теледоктор» Елена Малышева, которая получила благодарственное письмо Президента Республики Татарстан.

«Мы живем и работаем, не ожидая благодарности, не требуя признания, - сказала в своей финальной речи победитель номинации «Врач года» Дина Хасанова. - Сегодня каждый из номинантов, стоящий здесь, благодарен за поддержку - коллегам, больным, их родственникам. Тем, кто сделал этот замечательный праздник. У военных есть великолепные слова, очень емкие: «Служу Отечеству». Я думаю, каждый из нас тоже может сказать: «Служу людям моего Отечества».

# Начните с «Красной строки»!



Доверяй увиденному...

Тел.: +7 987 290 12 21,  
+7 987 290 50 38.  
info@redstring.ru  
www.redstring.ru

**Полиграфия:** журналы, буклеты, брошюры,  
фотокниги, блокноты, визитки

**Фирменный стиль:** от логотипа –  
до brand-бука

**Наружная реклама:** баннеры, вывески,  
стендеры

**Логистика:** навигация, информационные стойки,  
указатели, таблички для медучреждений

**Сувениры:** календари, папки, открытки, пригласительные,  
пакеты, диски и многое другое

**Презентации:** дизайн-макеты,  
pre-press



ТЕМА НОМЕРА:

# ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

---

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ «МОЛОДЕЕТ»



ИНТЕРВЬЮ ЛАРИСЫ МАЛЬЦЕВОЙ, ГЛАВНОГО АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, ЗАВЕДУЮЩЕЙ КАФЕДРОЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №1 КГМА, ПРОФЕССОРА, Д.М.Н., ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION.

**- Лариса Ивановна, какие заболевания и патологии репродуктивной системы сегодня наиболее распространены среди женского населения в России?**

- В России врачи-гинекологи обеспокоены, прежде всего, тем, что гинекологическая заболеваемость растет у девочек-подростков. Связано это с ранним началом сексуальных отношений и другими факторами, отсюда рост числа воспалительных заболеваний, нарушения менструации. Этими проблемами занимаются детские и подростковые гинекологи, и работа в этом направлении постоянно продолжается.

Что касается женщин репродуктивного возраста, то у них проблема гинекологических заболеваний стоит еще острее. Здоровых женщин, к сожалению, меньше, чем больных, - это абсолютно очевидно. Среди гинекологической патологии доминируют воспалительные процессы. Увеличение числа таких заболеваний связано с ростом количества инфекций, передающихся половым путем. Вторая проблема, которая

требует особого внимания, - это эндометриозная болезнь. Заболевание очень сложное, его природа не совсем ясна. Нередко дорогу для эндометриоза прокладывают предшествующие воспалительные процессы.

Большой удельный вес имеют доброкачественные и недоброкачественные опухоли. Среди доброкачественных образований лидирующие позиции занимает миома матки, причем наблюдается заметное омоложение патологии - сегодня все чаще можно встретить женщин, имеющих данное заболевание в возрасте 25 - 27 лет. К сожалению, нельзя не отметить и рост онкологической патологии. Проблема рака шейки матки, молочных желез, тела матки остается актуальной, несмотря на достижения в диагностике и профилактике этих заболеваний.

**- Влияют ли, на ваш взгляд, на женское здоровье такие факторы, как: плохая экологическая обстановка, новые стереотипы поведения молодежи, система ценностей, вредные привычки, наследственность?**



Проблема преэклампсии настигает, как правило, девочек, забеременевших в юном возрасте, - 13 - 14 лет, и женщин после 35 лет, у которых уже «накопились» те или иные заболевания, изменившие не лучшим образом сосуды и эмоциональный фон в целом.

- Безусловно. Это даже комментировать не нужно. Именно из-за этих факторов, несмотря на существенные достижения в вопросах изучения этиологии, патогенеза и терапии многих гинекологических заболеваний, их число с каждым годом продолжает расти.

**- По различным оценкам, гестоз входит в тройку ведущих причин материнской смертности по РФ. Какие новые данные появились, касающиеся этиологии осложнений беременности, патогенеза?**

- Российские акушеры-гинекологи все чаще в своем профессиональном лексиконе употребляют термин «преэклампсия», а не гестоз, как это было ранее. В развитых странах мира все медицинское сообщество согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра использует этот термин.

К сожалению, на сегодняшний день преэклампсия действительно занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности, являясь одной из главных причин перинатальных осложнений и заболеваемости детей.

С другой стороны, у матери может развиваться почечная, печеночная недостаточность, возникнуть серьезная патология сердца, из-за гипоксии мозга у женщины возможно развитие судорожного синдрома, в результате которого происходит все что угодно - от остановки дыхания до остановки сердца. Доказано, что женщины, которые перенесли тяжелые формы преэклампсии, - это в перспективе кардиологические больные.

**- Какие факторы могут способствовать развитию преэклампсии у беременных?**

- Действительно интересно рассмотреть группы риска, где немаловажным фактором является социальное положение женщины. Наблюдения показали, что чем беднее в финансовом отношении женщина, тем чаще и быстрее у нее развивается преэклампсия, и тем тяжелее она протекает. Это связано и с плохим питанием, и с хроническим стрессом.

Также проблема преэклампсии настигает, как правило, девочек, забеременевших в юном возрасте, - 13 - 14 лет, и женщин после 35 лет, у которых уже «накопились» те или иные заболевания, изменившие не лучшим образом сосуды и эмоциональный фон в целом.

Преэклампсии предшествует также целый пласт экстрагенитальной патологии. Все гипертензивные состояния составляют группу высокого риска, а также состояния, связанные с заболеванием почек, потому что это основной орган, обеспечивающий адекватное течение беременности. Безусловно, в группу риска также попадают женщины, страдающие сахарным диабетом.

Генетический риск развития преэклампсии - особая статья. Существует группа генов, которые могут экспрессироваться не так как нужно, иметь полиморфное

состояние, что приводит к нарушению сосудистой системы. Описаны десятки генов, участвующих в формировании этого патологического комплекса. Данная категория женщин нуждается в особом внимании - это непростое ведение беременности. Генетический риск можно предполагать в случаях, когда преэклампсия была у мамы беременной женщины, ее сестры или даже у свекрови, что связано с генетической памятью, которую несет сперматозоид.

Отдельно выделяется группа тромбофилических состояний, то есть предрасположенности к образованию тромбов. Они обусловлены врожденными или приобретенными факторами, среди которых наиболее опасны антифосфолипидный синдром, мутации V фактора Leiden, мутации гена протромбина, полиморфизм или мутация гена метилентетрагидрофолатредуктазы. Эти состояния дают тяжелейшие преэклампсии, о которых надо помнить, поскольку они протекают всегда по одному и тому же сценарию. У беременных данной группы нужно использовать для профилактики аспирин и низкомолекулярные гепарины на протяжении всей беременности.

**- Что еще можно порекомендовать врачам для проведения профилактики преэклампсии?**

- Каких-то специфических профилактических мероприятий не существует, но все в конечном итоге будет иметь значение - это и санация очагов инфекции, и подготовка к беременности. По нашим данным, женщины, имеющие преэклампсию, до беременности страдали недостатком фолиевой кислоты. Необходимо применять особые препараты, поскольку нередко нарушена усвояемость этого витамина.

Доказано, что применение препаратов кальция и витамина Д снижает частоту преэклампсий примерно на 50%. Это простой метод профилактики. Удивительный механизм, который доказан очень давно и эффективно работает.

Для профилактики преэклампсий рекомендуется применять малые дозы аспирина. По данным, которые на сегодняшний день накоплены, этот метод снижает риск развития патологии в 15% случаев. В особых ситуациях используются низкомолекулярные гепарины, начиная с этапа прегравидарной подготовки.

Цель профилактики - снизить тяжесть патологии. Если это получается сделать, с проблемой можно справиться. В настоящее время, пользуясь европейской классификацией, выделяют две клинические группы преэклампсий - умеренной и тяжелой степени. Преэклампсию первой группы можно лечить и пролонгировать беременность до тех пор, пока она не перейдет в более серьезную стадию. При тяжелой степени преэклампсии необходимо родоразрешать женщину. Причем немедленно!

**Лилиана ТЕРЕГУЛОВА,**  
руководитель отделения УЗИ РКБ, член  
Республиканского Перинатального  
консилиума, член Всемирной ассоциации  
врачей УЗИ в акушерстве и гинекологии, к.м.н.

# ВСЕВИДЯЩЕЕ ОКО УЛЬТРАЗВУКА



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ,  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ СОВЕРШИЛИ  
РЕВОЛЮЦИЮ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.

## БЕЗОПАСНО И ЭФФЕКТИВНО

Ультразвук для диагностики в акушерстве был впервые применен в 1960 г. шотландским врачом Яном Дональдом. Те дети, которые были осмотрены 52 года назад, давно выросли и стали взрослыми. Сама жизнь доказала, что ультразвуковые исследования совершенно безопасны как для беременной, так и для плода. Этот вывод подтверждает огромное количество исследований. На экранах современных приборов при проведении УЗИ выводятся механические и термальные индексы воздействия, которые позволяют врачу полностью контролировать процесс. Акушерские прединструменты, созданные в заводских условиях, автоматически контролируют выходную мощность ультразвукового аппарата.

Современные компьютерные технологии при минимальном физическом воздействии позволяют так обрабатывать возвращенный от ткани сигнал, что получаемое изображение органа абсолютно сопоставимо с его анатомическим срезом.

Высокая информативность и безопасность УЗИ привели к тому, что ультразвук стал основным диагностическим методом в акушерстве и гинекологии. В гинекологии ультразвук полностью вытеснил рентгеновскую биконтрастную гинекографию, которая была единственным методом визуализации яичников. Даже проходимость маточных труб определяют в настоящее время в большинстве случаев с помощью ультразвуковой гистеросальпингоскопии.

## ПЛОД КАК ПАЦИЕНТ

Ультразвук совершил революцию в ведении беременности. Раньше акушеры могли только пальпировать и слушать сердцебиение плода. Благодаря УЗИ мы видим плод, его анатомические структуры, физиологические функции, состояние кровотока, даже движения пальцев рук малыша и его век. В медицине появился новый раздел - «Медицина плода», и появилось новое понятие: «плод как пациент».



## СОХРАНЯЯ ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Внематочную беременность по клиническим симптомам диагностировать достаточно сложно. УЗИ в большом проценте случаев позволяет точно локализовать положение плодного яйца и вовремя сделать операцию. После внедрения ультразвука в клиническую практику число смертельных случаев при внематочной беременности сократилось в 15 раз.

Существует международный Фонд медицины плода (FMF), который проводит многочисленные научные и практические исследования, разрабатывает и проверяет одновременно в различных крупнейших клиниках мира новые алгоритмы пренатальной диагностики. Такие, как программа пренатального скрининга I триместра беременности.

Эта программа принята Минздравами России и Татарстана и с января 2012 года с успехом внедряется в республике. При этом экспертное УЗИ смещено в первый триместр: на сроке от 11 до 13,5 недель, то есть при длине плода от темени до копчика от 45 до 84 мм. УЗИ проводят врачи-эксперты, специально обученные и получившие сертификат соответствия FMF. По этой программе в РТ создано пять центров пренатальной диагностики (на базе РКБ, горбольницы №16 г. Казани, Перинатальных центров гг. Набережные Челны, Нижнекамск, Альметьевск), эти центры оснащены ультразвуковыми приборами премиум-класса.

Врачи-эксперты измеряют воротниковое пространство плода, оценивают кость носа и лицевой угол, кровоток в венозном протоке и степень трикуспидальной регургитации в сердце у плода. Одновременно тщательно изучаются внутренние органы плода: мозг, череп, сердце, желудок, кишечник, почки, мочевого пузыря,

диафрагма, легкие, позвоночник, верхние и нижние конечности. На это требуется много времени, терпения, искусства и везения, потому что кроме хорошего оборудования нужно, чтобы плод все это показал. Сразу после УЗИ у беременной забирается кровь из вены и отправляется вместе с данными УЗИ в Казань в РКБ в Медико-генетическую консультацию, где установлена биохимическая лаборатория, также сертифицированная FMF. Кровь анализируется на уровень РААР-Р (белка, ассоциированного с беременностью) и ХГЧ (хорионического гонадотропина человека), полученные данные крови и УЗИ обрабатываются по специальной программе «Астрайя», которая рассчитывает риск хромосомной аномалии по 21-й, 18-й и 13-й хромосомам. При высоком риске беременная консультируется генетиком и определяются показания для инвазивной подтверждающей диагностики с целью пренатального кариотипирования.

За четыре месяца работы по федеральной программе пренатального скрининга 1-го триместра выявлено 26 хромосомных аномалий и 34 плода с пороками развития, не совместимыми с жизнью. Эти цифры в процентах четко соответствуют статистически предполагаемому количеству выявляемой патологии по данным FMF. Все патологические беременности были прерваны

в первом триместре, что особенно важно для психологической реабилитации женщины, которая еще не чувствовала шевелений своего большого ребенка, в отличие от прерываний беременности во втором триместре. Кроме того, значима экономическая составляющая своевременного прерывания беременности при нежизнеспособном плоде.

## СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Визуализация органов и тканей с помощью ультразвука позволяет проводить оперативные вмешательства под контролем УЗИ - малоинвазивные операции без больших разрезов и без наркоза, что приводит к более быстрому выздоровлению пациента. Успех операции зависит от мастерства хирургов и врачей УЗИ, а также от качества ультразвукового оборудования.

Наиболее показательным примером комплексного использования ультразвука, как для диагностики, так и для лечения, является применение его при тяжелой гемолитической анемии у плода, которая может развиваться в результате резус-конфликта, иммунных конфликтов по другим антигенам, а также при инфицировании парвовирусом. Раньше плод в таком состоянии был обречен, сегодня мы можем под контролем УЗИ провести плоду внутриутробное переливание крови. Основными признаками тяжелой анемии плода являются многоводие, увеличение печени и селезенки плода, отек подкожной жировой клетчатки головы и конечностей (двухконтурность), появление жидкости в брюшной и плевральной полостях. Но самое главное - это увеличение пиковой скорости кровотока в средней мозговой артерии, что позволяет при доплерометрии оценить степень анемии плода.

Для уточнения диагноза под контролем ультразвука берется кровь из пупочной вены плода и проводятся анализы на содержание гемоглобина и билирубина. После чего плоду переливается кровь, которая подбирается и подготавливается в отделении переливания крови РКБ. Кровь должна быть свежей, эритроциты отмываются за 20 - 30 минут до момента переливания. Эту методику, как и многие другие ультразвуковые и малоинвазивные, я внедрила, побывав на стажировках в США - в Вашингтонском университете города Сизтла и в Университете Томаса Джефферсона в Филадельфии.

Мы начинаем лечить плод практически сразу, как только он к нам попадает. Но чтобы он к нам попал, врач женской консультации должен заподозрить, что у плода проблемы. При резус-конflikте наблюдение отработано: резус-отрицательные беременные ежемесячно сдают кровь и при наличии антител попадают к изосерологу РКБ и при необходимости к нам. А при других формах иммунных конфликтов беременные попадают к нам уже при наличии отечной формы гемолитической болезни плода. В связи с этим я стараюсь донести до врачей УЗИ и акушеров-гинекологов первичного звена на всех конференциях и курсах повышения квалификации необходимость своевременной диагностики иммунного конфликта у плода.

При первом же подозрении на резус-конflikт надо обязательно измерять кровотоки в средней мозговой артерии плода, чтобы вовремя послать пациенток в РКБ, не дожидаясь развития тяжелой анемии, когда начинается водянка у плода, тяжело поражается печень. В этом случае даже после переливания крови остается очень высокий риск развития гепатита у ребенка после рождения.

У плодов довольно часто встречаются кисты различных органов. Мелкие одиночные кисты не имеют клинического значения, однако крупные кисты, например, киста забрюшинного пространства может стать причиной не

только гидронефроза рядом лежащей почки, но и атрезии соответствующей почечной артерии.

Киста яичника у плодов девочек может достигать 8 - 9 см и занимать весь малый таз. Чтобы киста у плода не лопнула при прохождении через родовые пути, родоразрешение обычно проводят операцией кесарева сечения. Чтобы избежать этого, мы под контролем УЗИ через брюшную стенку беременной, через стенку матки проводим пункцию кисты, удаляем жидкость, в результате чего оболочки спадают и постепенно рассасываются. Плод рождается через естественные родовые пути. При наблюдении в течение 2 - 3 лет рецидивов и необходимости операционного вмешательства у маленьких пациенток не было. На такие операции в РКБ приезжают беременные из многих регионов.

## СОХРАНЯЯ ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Внематочную беременность по клиническим симптомам диагностировать достаточно сложно. УЗИ в большом проценте случаев позволяет точно локализовать положение плодного яйца и вовремя сделать операцию. После внедрения ультразвука в клиническую практику число смертельных случаев при внематочной беременности сократилось в 15 раз.

При внематочной беременности в интерстициальном отделе маточной трубы плодное яйцо традиционными методами удалить можно только вместе с углом матки, но это уже калечащая операция. Под контролем УЗИ трансвагинально мы пунктируем плодное яйцо в интерстициальном отделе трубы и вводим туда метотрексат, останавливая таким образом развитие патологической беременности. В дальнейшем это плодное яйцо рассасывается, и женщина может вновь забеременеть.

При прерывании беременности по медицинским показаниям в РКБ уже 20 лет под контролем УЗИ через переднюю брюшную стенку в околоплодные воды вводятся гормоны родов - простинон F2 или энзапрост. Это абсолютно безопасно для женщины, поскольку в организм гормон практически не поступает, зато имеет большую концентрацию в нужном месте, и роды протекают естественно. У плода еще до родов под действием гормона закрывается артериальный проток, и сердце останавливается. Это наиболее гуманный на сегодня способ прерывания беременности.

В последние годы в связи с ростом количества кесаревых сечений во всем мире резко повысилась частота такого грозного осложнения беременности, как приращение плаценты, когда плацента насковзь прорастает стенку матки, образуя единый орган со вновь образованной сосудистой сетью, по виду похожей на сосудистую опухоль. Попытки отделить плаценту от матки в 100% случаев приводят к смертельному кровотечению. Существует несколько ультразвуковых критериев приращения плаценты (плацента перекрывает область рубца, утолщение плаценты, усиление кровотока в плаценте и в миометрии), каждый из которых бывает и при других состояниях, однако в совокупности и особенно при наличии плаценты, перекрывающей область рубца, риск приращения плаценты в данном конкретном случае увеличивается в 100 раз. Если при УЗИ беременной ставится риск приращения плаценты, то пациентка отправляется для родоразрешения в перинатальный центр РКБ, где проводится высокотехнологичная операция с эмболизацией маточных артерий, которая позволяет спасти женщину от смерти.

В связи с этим я хотела бы подчеркнуть, что ультразвуковые аппараты, работающие в пренатальной диагностике, должны быть самого высокого современного уровня, а специалисты должны быть самыми грамотными. Перегрузка врачей УЗИ, работающих в пренатальной диагностике, их ошибки из-за усталости, неграмотности или плохого оборудования мгновенно выходят на поверхность и чреватые самыми тяжелыми проблемами.

17-я международная специализированная выставка

# ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань  
2012

17-19  
октября



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

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР  
150 - 9001



КАЗАНСКАЯ  
ЯРМАРКА

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

Алексей МИРОЛЮБОВ,  
врач-генетик

# ПОЙМАТЬ БОЛЕЗНЬ В ЗАРОДЫШЕ



НЕВЫНАШИВАНИЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ, РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЗАЧАСТУЮ ОБУСЛОВЛЕННЫ НАРУШЕНИЯМИ ГЕНОМА. К СОЖАЛЕНИЮ, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ НЕ ПОДДАЮТСЯ ЛЕЧЕНИЮ, А ЗНАЧИТ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ ИХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ - НА ПРЕНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

**В** основе наследственных заболеваний лежат генные и хромосомные мутации. Генные мутации - точечные, благодаря сбалансированности человеческого генома, как правило, не проявляются в течение жизни. Однако когда их носитель (им может быть как женщина, так и мужчина) хочет завести детей, зачастую возникают проблемы - бесплодие, выкидыши.

На сегодня известно около восьми тысяч генных заболеваний, диагностированию поддается одна тысяча. Если говорить о России, достаточно, думаю, будет отметить, что в одном из ведущих медицинских центров Москвы, специализирующемся на диагностике генетической патологии, определяют 236 болезней. Понятно, что проводить диагностику каждой из них - слишком затратное

мероприятие. Тут на помощь генетикам приходят около 70 фенотипических признаков (например, низкосожаженные уши, особенности фигуры и т.п.), которые позволяют говорить о предрасположенности к той или иной генетической патологии. Существует специальная программа, в которую можно ввести несколько патогномичных признаков, после чего выдается информация, о каких заболеваниях они могут сигнализировать.

Шансом забеременеть для носителей генетической мутации является процедура экстракорпорального оплодотворения с проведением предимплантационной генетической диагностики. Если говорить о ней упрощенно, на третьи сутки развития эмбрионов врач забирает у каждого из них по одной клетке, после чего проводится определение их кариотипа. По его результатам выясняется, какой из зародышей не является носителем мутации, его впоследствии подсаживают в матку.



### ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- возраст женщины старше 35 лет;
- визуализация ультразвуковых маркеров хромосомной патологии;
- повышенный риск по биохимическим маркерам первого и второго триместров;
- риск рождения ребенка с хромосомной патологией в анамнезе;
- риск рождения ребенка с множественными врожденными пороками развития в анамнезе;
- установленное носительство у родителей хромосомных перестроек.

Хромосомные мутации встречаются гораздо чаще генных, и здесь ведущими являются заболевания, обусловленные нарушением числа аутосом (неполовых хромосом): синдром Эдвардса (срок жизни больного - до года), Патау (жизнеспособность - 2 - 3 месяца) и Дауна (сопровождает больного в течение всей жизни). Средняя частота встречаемости, соответственно, - 1 на 7 тысяч населения, 1 на 10 тысяч и 1 на 600. А значит, риск развития синдрома Дауна является наиболее весомым, на нем мы остановимся и рассмотрим подробнее.

Такие больные, даже если они достигают до взрослого состояния, не могут оставить своего потомства, поэтому речь идет не о генетической патологии, передающейся из поколения в поколение, а по сути о случайном распределении среди женщин. В популяции всегда был, есть и будет определенный процент таких детей, и задача генетиков - выявить их еще на пренатальной стадии развития (внутриутробно).

Чем старше женщина, тем старше ее яйцеклетки, с каждым годом риск случайной, накопленной генетической ошибки становится выше. В 25 лет риск родить ребенка с синдромом Дауна составляет 1 к 1000, в 30 - 1 к 600, в 35 - 1 к 270.

Еще в 1866 году Лэнгдон Даун впервые описал фенотипические признаки для трисомии 21-й хромосомы, к ним он отнес недостаточную эластичность кожи, создающую впечатление «избыточности» кожного покрова, широкое плоское лицо и маленький нос. В 90-х годах прошлого века было показано, что эту «избыточность» можно увидеть при УЗИ уже на сроке 11 - 13 недель как увеличение толщины воротникового пространства более 2,5 мм. Если врач-УЗ-диагност видит в профиль у плода укорочение костей носа, это тоже косвенно может говорить о повышенном риске хромосомной патологии.

Также существуют малые маркеры, которых нужно как минимум два для показания к процедуре инвазивной диагностики. К ним относятся гиперэхогенный кишечник, уменьшение размеров верхнечелюстной кости, уменьшение размеров нижней челюсти, увеличение размеров мочевого пузыря (мегацистис), умеренная тахикардия у плода, кисты сосудистых сплетений желудочков

мозга, гиперэхогенные образования на сосочковых мышцах сердца, гидронефроз, укорочение трубчатых костей, кисты пуповины, единственная пупочная артерия, лицевые дисморфии, аномальное количество амниотической жидкости и др.

В первом триместре (с 11-й по 13-ю неделю) одновременно с УЗИ воротниковой зоны проводится биохимический скрининг крови беременной (РАРР-А, В-ХГЧ), по результатам которого также можно косвенно говорить о наличии или отсутствии патологии развития плода. С 15-й по 17-ю неделю осуществляется биохимический скрининг второго триместра (АФП, В-ХГЧ общ., Эстриол неконъюгированный).

Если по результатам скрининга женщине выставляется повышенный риск развития хромосомной патологии у плода, необходимо провести инвазивную диагностику. К ней относятся:

1. Биопсия ворсин хориона, которая проводится с 11-й по 14-ю неделю беременности. Риск осложнения от проведения процедуры составляет 0,4%. Анализ готовится в течение трех дней.
2. Амниоцентез - забор амниотической жидкости, который осуществляется с 16-й по 26-ю неделю, риск - 0,1%, анализ готовится 10 - 14 дней.
3. Кордоцентез - забор крови из пуповины, проводится с 20-й по 26-ю неделю, риск - около 1%, анализ готовится 10 - 14 дней. Следующий этап - кариотипирование полученного материала, которое позволяет окончательно подтвердить хромосомную патологию.

Как показано выше, риски от проведения инвазивных процедур генетической диагностики составляют до 1%, что в сравнении с риском развития генетического заболевания является несущественным показателем. Тем не менее беременные женщины зачастую негативно относятся к той информации, которую им сообщает врач. Тут сказывается и гормональный дисбаланс, который неизбежно отражается на психическом состоянии. Задача генетика - оперируя статистическими данными, убедить женщину в необходимости проведения тех или иных процедур. В этом плане интересен европейский подход к генетической диагностике - там принято оперировать не рисками осложнения и развития болезней, а шансами на благополучное разрешение беременности и рождение здорового ребенка.



**Ольга ЧЕЧУЛИНА,**  
заведующая кафедрой  
акушерства и гинекологии №2  
КГМА, профессор, д.м.н.



**Ольга ДАНИЛОВА,**  
доцент кафедры  
акушерства и гинекологии №2  
КГМА, к.м.н.

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В РОССИИ, КАК И В ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА, ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К УВЕЛИЧЕНИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ, РЕПРОДУКТИВНОМ И ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.



дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) - ановуляторные кровотечения, обусловленные нарушением гормональной функции яичников, - встречаются в разные возрастные периоды жизни женщины: в пубертатный или ювенильный - 12 - 18 лет, в репродуктивный - 18 - 45 лет и в

перименопаузальный или климактерический - 45 - 55 лет.

Такие широкие возрастные границы ДМК позволяют считать их наиболее встречаемой гормональной патологией репродуктивной системы женщины. По данным отечественных и зарубежных авторов, их частота составляет от 10% до 37%.

В основе патогенетических механизмов ДМК лежит нарушение нейроэндокринного контроля синтеза и выделения в гипоталамусе гонадолиберина, соответственно, в гипофизе - гонадотропных гормонов, регулирующих

функцию яичников. Результатом нарушения гонадотропной функции гипофиза является гормональная дисфункция яичников, протекающая по типу ановуляции с атрезией или, редко, персистенцией фолликулов. При этом почти всегда имеет место гиперэстрогения, поскольку отсутствие полноценного желтого тела в яичниках приводит к дефициту прогестерона. Она может иметь абсолютный или относительный характер при нормальном уровне эстрадиола и низком уровне прогестерона. Гиперэстрогения является причиной развития гиперпластических процессов эндометрия, который и становится субстратом маточного кровотечения. Клинические проявления нарушений менструального цикла принято различать по следующей терминологии:

меноррагии - усиление менструального кровотечения по количеству дней и/или объему теряемой крови;



метроррагии - ациклические кровотечения при сохраненном (межменструальные) или отсутствующем ритме менструаций;

менометроррагии - обильные менструации с межменструальными кровотечениями или обильные ациклические кровотечения;

полименореи - менструальноподобные кровотечения с интервалом менее 21 дня.

Интенсивность кровотечения в значительной степени определяется местными, эндометриальными факторами: усилением фибринолиза, нарушением соотношения вазоконстрикторов и вазодилататоров (простагландинов и тромбоксанов), а также экспрессией различных факторов роста.

Клиническая картина характеризуется обильным кровотечением в течение более семи дней, которое возникает после задержки менструации на 1,5 - 3 месяца. Реже дисфункциональные маточные кровотечения протекают по типу менометроррагий, когда после обильной менструации продолжают незначительные кровянистые выделения. Об интенсивности кровотечения можно судить по наличию или отсутствию сгустков. Симптомы определяются также тяжестью постгеморрагической анемии и характеризуются бледностью кожи, тахикардией, слабостью, головокружением, сонливостью. При необильных кровотечениях общее самочувствие страдает мало.

Диагностика сложности не представляет в связи с типичной клинической картиной аномального маточного кровотечения.

Маточные кровотечения в пубертатном периоде (МКПП) отражают физиологическую незрелость механизмов регуляции репродуктивной системы в период ее созревания. В основе их патогенеза лежит гормональный дисбаланс на фоне возрастной несостоятельности нервно-рецепторного аппарата органов-мишеней.

Согласно данным отечественной статистики, МКПП составляют свыше 50% причин всех обращений девочек-подростков к гинекологу. Характеризуются затяжным течением, с частыми рецидивами (до 30%) и длительной утратой трудоспособности.

МКПП - мультифакторное заболевание, обусловленное комплексом причин, в том числе бактериальной или вирусной инфекцией, нарушениями витаминного и минерального балансов, эмоциональными и физическими перегрузками, нарушениями биоритмов в этот период жизни девочки.

Появлению МКПП могут способствовать заболевания печени, которые приводят к нарушению метаболизма эстрогенов, появлению состояния относительной и абсолютной гиперэстрогении, нарушениям в системе гемостаза.

Закономерна несомненная роль в нарушениях менструального цикла дисфункцией щитовидной железы. Гипотиреоз, а также избыток тироксина и трийодтиронина могут обусловить возникновение маточных кровотечений в пубертатном периоде.

Лечение МКПП должно быть комплексным и включать в себя как остановку кровотечения, так и нормализацию менструального цикла. Начинать лечение необходимо с устранения у пациенток с МКПП отрицательных эмоций, с создания психического и физического покоя, с назначения рациональной диеты, богатой витаминами, с соблюдения правильного режима труда и отдыха.

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте - диагноз исключения органической причины кровотечения.

Причины нарушений функции яичников в репродуктивном периоде - различные средовые факторы: стрессы, инфекции, хирургические вмешательства, травмы, прерывание беременности, метаболический синдром, прием лекарственных препаратов и т.д.

При клинко-лабораторном обследовании анализ крови, коагулограмму проводят для определения степени анемии и исключения патологии системы гемостаза. Определение половых и гипофизарных гормонов информативной ценности не имеет. УЗИ позволяет исключить субмукозную миому, полипы, внутренний эндометриоз. Наиболее информативна гистероскопия, которую проводят в стационаре во время раздельного лечебно-диагностического выскабливания с последующим гистологическим исследованием удаленного эндометрия. Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном периоде:

- связанных с беременностью - самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь;
- вследствие инфекции - цервициты, эндометриты;
- доброкачественных заболеваний эндо- и миометрия - полипы, субмукозная миома, внутренний эндометриоз;
- предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки, цервикального канала, эндометрия (аденокарцинома) и миометрия (саркома);
- системных заболеваний: тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фанкони, болезни щитовидной железы, печени.

При ДМК репродуктивного периода рекомендуется лечение по следующей схеме:

- 1 этап - остановка кровотечения (симптоматическая, гормональная, хирургическая);

II этап - регуляция менструального цикла, общеукрепляющая и антианемическая терапия);

III этап - профилактика рецидива ДМК.

Обильное кровотечение со сгустками, признаки постгеморрагической анемии являются показаниями для госпитализации пациентки.

Стационарное хирургическое лечение рекомендовано всем пациенткам репродуктивного возраста, независимо от интенсивности кровотечения. Под контролем гистероскопии проводят раздельное выскабливание стенок полости матки. Гистероскопия позволяет не только полностью удалить гиперплазированный эндометрий (субстрат кровотечения), но и выявить сопутствующую патологию (полипы, субмукозную миому, внутренний эндометриоз).

Симптоматическая гемостатическая терапия - ингибиторы фибринолиза НПВС, ангиопротективные и улучшающие микроциркуляцию препараты - полноценного гемостаза не вызывает. Эти препараты только уменьшают кровопотерю и рассматриваются как дополнительные средства.

В качестве второго этапа рекомендуют профилактику рецидива кровотечения у пациенток, которым проводился гормональный гемостаз. Препараты выбора для этого у молодых женщин - монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Если женщина не планирует в ближайшие годы беременность, то через 6 - 8 месяцев рекомендуют введение внутриматочной гормональной релизинговой системы, надежно защищающей эндометрий от пролиферативных процессов на пять лет.

Может быть рекомендован прием КОК в пролонгированном режиме, что обеспечивает надежную контрацепцию и профилактику развития гиперпластических процессов эндометрия, поскольку в этом случае отсутствуют рост фолликулов и повышение уровня эстрогенов, характерные для семидневных перерывов.

Пациенткам, которым проводили раздельное диагностическое выскабливание и по результатам гистологического исследования диагностировали гиперплазию эндометрия (ГПЭ), назначают гормональную терапию. Принципы гормонотерапии ГПЭ - центральное антигонадотропное действие препарата, в результате которого снижаются синтез и выделение гонадотропинов и, как следствие, овариальных стероидов. При выборе препаратов необходимо учитывать: гистологическую структуру эндометрия, возраст пациентки, противопоказания и переносимость препарата, наличие сопутствующих метаболических нарушений, эстрагениальной и гинекологической патологии. У пациенток до 35 лет рекомендуют применение монофазных КОК с содержанием 0,03 мг эстрогенного компонента в пролонгированном режиме в течение шести месяцев. После подобной терапии по типу ребаунд-эффекта восстанавливаются овуляторные менструальные циклы.

Женщинам позднего репродуктивного возраста (после 35 лет) при рецидивирующих дисфункциональных маточных кровотечениях противопоказан прием эстрогенсодержащих КОК, рекомендуется применение антигонадотропных препаратов: гестрион 2,5 мг два раза в неделю шесть месяцев, даназол 400 мг в сутки. Наиболее эффективны из них агонисты релизинг-гормона, которые назначают парентерально один раз в 28 дней, шесть инъекций. Женщин следует предупреждать, что на фоне терапии появляются климактерические симптомы: приливы, потливость, сердцебиение и другие, которые прекращаются после отмены препарата.

Наиболее действенной профилактикой дисфункциональных маточных кровотечений, рецидива ГПЭ у женщин старше 35 лет, не заинтересованных в беременности, является применение ВМК - внутриматочной гормональной

релизинг-системы, выделяющей из специального резервуара левоноргестрел с максимальной его концентрацией в эндометрии и минимальной в крови. В результате местного действия препарата происходит атрофия эндометрия.

Гистерэктомия как метод лечения дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте используют крайне редко, как правило, при сочетании дисфункционального маточного кровотечения с миомой или внутренним эндометриозом, при противопоказаниях для гормонотерапии.

Дисфункциональные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде составляют 15% в структуре гинекологических заболеваний в этот период жизни женщины.

Основным патогенетическим механизмом климактерических кровотечений (КК) является ановуляторная дисфункция яичников. Возрастные изменения гипоталамических структур, регулирующих гонадотропную функцию, обуславливают нарушение ритма и количества выделяемых гонадотропинов. Уменьшение рецепторов гонадотропинов в яичниках приводит к сбоям механизма обратной связи. Снижение секреции прогестерона, неполноценное желтое тело или отсутствие последнего становится причиной развития гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия различной степени выраженности.

Дифференциальный диагноз с анатомическими причинами кровотечения затрудняется тем, что в этом возрасте менструации имеют, как правило, нерегулярный характер, интервал между ними увеличивается, и даже при анатомических причинах кровотечения имеет характер метроррагии.

Для диагностики патологии, вызвавшей КК, производится гистероскопия. Оптимально ее проведение до и после выскабливания. Осмотр полости матки после выскабливания позволяет выявить небольшие субмукозные миоматозные узлы, неудаленные части полипа эндометрия, отверстия эндометриоидных ходов. Для диагностики аденомиоза при невозможности произвести гистероскопию выполняется гистерография после выскабливания. Контрастное вещество, проникая в эндометриоидные ходы, дает типичную картину древовидных разветвлений в толще миометрия и законтурных теней.

В настоящее время совершенствование трансвагинальной эхографии позволяет диагностировать аденомиоз с точностью до 86%. КК могут вызывать гормонально-активные опухоли яичников (тека-, гранулезоклеточные или смешанные опухоли). Их относят к редким опухолям и считают погранично злокачественными; они не достигают больших размеров и чаще возникают в перименопаузальном возрасте. По частоте - это самая редкая причина КК. Диагноз устанавливают при УЗИ, так как при двулучном гинекологическом исследовании эти опухоли, имеющие небольшие размеры, у полных женщин определить трудно. Исследование позволяет выявить асимметрию размеров яичников, увеличение одного из них и даже эхоструктуру. Более четкую картину дает КТ или ЯМР. Морфологическая картина определяется при гистологическом исследовании удаленной опухоли. Заподозрить наличие гормонально-активной опухоли (эстрогенпродуцирующей) можно при рецидивирующем характере ациклических КК, не поддающихся гормональной терапии.

Терапия зависит от морфологической структуры эндометрия, установленной при выскабливании, наличия или отсутствия сочетанной анатомической патологии матки и придатков (миомы, аденомиоза, гормонально-активной опухоли яичников). Лечение в этом возрасте направлено на подавление менструальной функции. Консервативная гормональная терапия направлена на подавление пролиферативных процессов в эндометрии, гормональной функции яичников, т.е. на наступление менопаузы.

1-3 ноября  
2012 **СОЧИ**

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

**ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2012**



## EXROMED

XIII специализированная **ВЫСТАВКА** медицинской техники технологий и фармпрепаратов **ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЮГА РОССИИ. СОЧИ 2012

III **ВЫСТАВКА-СИМПОЗИУМ**



## РЕАБИЛИТАЦИЯ, КУРОРТОЛОГИЯ И РЕКРЕАЦИЯ

XII специализированная **ВЫСТАВКА**



XIII Всероссийская научно-практическая конференция  
**«ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИИ. Сочи 2012»**

**КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

ИНФОРМАЦИОННЫЕ  
СПОНСОРЫ:



СОЧИЭКСПО

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

тел.: (862) 264-7-555, (495) 745-77-09, доб.105, m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

**Светлана БАТЫРШИНА,**  
профессор кафедры дерматовенерологии  
и косметологии КГМА, д.м.н.

# ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВУ: АНТИВОЗРАСТНЫЕ ПРОГРАММЫ В КОСМЕТОЛОГИИ



КОЖА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫМ ПО СВОЕЙ СТРУКТУРЕ И МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ОРГАНОМ, ВЫПОЛНЯЮЩИМ ЗАЩИТНУЮ, КОНТАКТНУЮ, АНАЛИТИЧЕСКУЮ, ТЕРМОРЕГУЛИРУЮЩУЮ, ВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ, СЕКРЕТОРНУЮ И ДЫХАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИИ. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЕСТЕСТВЕННЫХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ АТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. ОНА ПОСТЕПЕННО ИСТОНЧАЕТСЯ, СТАНОВИТСЯ СУХОЙ, ШЕЛУШАЩЕЙСЯ, ПОЯВЛЯЕТСЯ СЕТОЧКА МЕЛКИХ ПОВЕРХНОСТНЫХ МОРЩИН, ПРОСВЕЧИВАЮЩИХ СОСУДОВ И ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН. СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КОСМЕТОЛОГИИ ПОЗВОЛЯЮТ ЭФФЕКТИВНО БОРОТЬСЯ С ЭТИМИ ЯВЛЕНИЯМИ.

**Б**иологический возраст кожи определяется, прежде всего, степенью и скоростью изменения клеток ее основного вещества и волокнистых структур. Отмечают уменьшение численности, размеров, снижение пролиферативной активности фибробластов, их восприимчивости к факторам роста, а также снижение количества гистиоцитов и тучных клеток. Важно, что происходит снижение продукции фибробластами белков коллагена и эластина, а также компонентов аморфного вещества соединительной ткани кожи.

Коллаген (от греч. kollagenes - «рождающий клей») - фибриллярный белок. Составляя 80% от общей массы кожи человека, он является основным структурным компонентом соединительной ткани и выполняет роль матрицы,

представляя собой волокна, состоящие из многочисленных тонких фибрилл с поперечной исчерченностью.

Толстые пучки волокон пересекаются под различными углами и образуют сеть - каркас кожи, который определяет ее тонус и упругость, удерживает воду. С возрастом коллагеновые волокна теряют влагу, слипаются, образуются «сшивки», птоз. Основными возрастными изменениями соединительной ткани являются уменьшение содержания в ней воды и изменение соотношения «основное вещество - волокна». Это происходит преимущественно из-за снижения концентрации гликозаминогликанов и их качественного состава, что реализуется количественными изменениями соотношения между отдельными гликанами: гиалуроновой кислотой, хондроитин-6-сульфатом, гепарином и гепарина сульфатом, а также способности к образованию агрегатов и взаимодействию с коллагеном (Contet-Audonneau J.L., 1999, 2008).



Со стороны волокнистых структур дермы наблюдаются: снижение содержания растворимых фракций коллагена, увеличение количества и прочности интра- и интермолекулярных поперечных связей, снижение эластичности и способности к набуханию, а также продукции тканевых ингибиторов металлопротеиназ. В это же время отмечается уменьшение количества капиллярных петель и венул, последних за счет снижения синтеза тучными клетками дермы гепарина, обладающего выраженными ангиогенными свойствами (Campisi J., 2002).

Изменения основного вещества дермы, как правило, приводят к уменьшению влажности, тургора и эластичности кожи и, как следствие, к образованию морщин. Результаты ультразвукового сканирования и гистологического исследования кожи подтверждают наличие изменений и свидетельствуют об усилении ее экзогенности, увеличении толщины и количества мелких сосудов дермы, развитии выраженной макрофагальной реакции, опосредованной активизации фибробластов и значительном усилении синтеза коллагеновых волокон дермы.

В настоящее время косметологами много внимания уделяется составлению программ сохранения кожи в различные возрастные периоды, а также ее омоложения (anti-age программы).

Основные характеристики кожи зависят от многих причин, и, прежде всего, от состояния гормональной системы. Однако гормонозаместительная терапия, называемая «эффектом Лазаря», поскольку ее использование позволяет исправить большинство возрастных нарушений в организме, в косметологии используется крайне редко. Одним из показаний для ее назначения может стать угревая болезнь, в особенности поздно возникающая ее форма, дебют которой регистрируется у пациенток старше 25 лет (основная группа больных находится в возрасте от 11 до 18 лет с самопроизвольным излечением именно к 25 годам) и наиболее трудно поддается терапии.

Эффективному сопротивлению возрастным изменениям кожи, прежде всего, способствует рациональное питание с активным употреблением в день

до 400 г овощей и 300 г фруктов и ягод, причем всех цветов радуги, что гарантирует присутствие различных витаминов и микроэлементов, позволяющее создать оптимальный их баланс в организме и тормозящих процессы старения. Вместе с тем, употребляя их по несколько раз в день, особенно в возрасте после 45, не следует забывать, что сытые люди живут дольше, соответственно их кожа дольше сохраняет свои качественные характеристики. Поэтому правильное питание предпочтительнее полуголодного существования на низкокалорийной диете.

Процессы старения кожи, будучи генетически детерминированными, могут усиливаться и ускоряться под воздействием факторов окружающей среды, и, в первую очередь, избыточного солнечного облучения, а также ветра, жары, холода, курения и других факторов.

С одной стороны, польза инсоляции очевидна: это и синтез провитамина D, и улучшение работы эндокринных желез, и ускорение обменных процессов, и, наконец, это источник позитивного психоэмоционального состояния. С другой, именно ультрафиолетовое (УФ) излучение, при недостаточном осторожном к нему отношении, инициирует в коже дегенеративный процесс, в результате которого она становится более сухой и грубой, формируются утрированная ее микротекстура и микрорельеф, постепенно снижается тонус, появляются морщины, сосудистые звездочки и пигментные пятна по типу лентиго, а также косвенным образом стимулируется канцерогенез, пробуждаются «дремлющие» опухоли. Указанная симптоматика в настоящее время объединена в единое понятие и трактуется как «дерматогилиоз». При интенсивном воздействии УФ-излучения (причем обоих его спектров: УФ-А и УФ-В лучей) уже в возрасте 35 - 40 лет развиваются признаки фотостарения кожи. Наиболее эффективным способом его предотвращения сегодня является активная профилактика, которая заключается в использовании солнцезащитных средств, которые по механизму действия делятся на три основные группы: химические УФ-фильтры,

физические экраны и антиоксиданты, продающиеся в виде кремов, тональных кремов, эмульсий, молочка и спреев.

Прекрасной половине человечества в настоящее время предоставлено множество возможностей сохранить свою молодость и красоту, повлиять на естественные процессы, ликвидируя или значимо снижая их нежелательные последствия в виде мимических морщин, мелких дефектов лица, носогубных и подбородочно-губных складок.

Доказана целесообразность использования технологий, которые позволяют управлять процессом восстановления, реабилитации и старения кожи. Они могут проводиться в качестве профилактики в достаточно раннем возрастном периоде. Наиболее удачными для коррекции инволюционных изменений кожи лица являются методы, включающие многофакторность воздействия и определенную режимность проведения различных вариантов восстановительной терапии. При этом могут использоваться неинвазивные, малоинвазивные и инвазивные технологии, в зависимости от предпочтений пациенток, состояния кожи и организма.

Одним из вариантов является омоложение с устранением утомленного вида кожи путем использования эфирных масел, например, таких, как: вербена - 2, лиметт - 3, роза - 2, мята - 4, нероли - 4, розовое дерево - 4 (дозы указаны в каплях на объем одной чайной ложки базисной основы, которыми могут быть мыльная пена и расплавленный натуральный воск; мед; кашлица из гречки, овсяных, кукурузных хлопьев; растительные масла жожоба, авокадо; творог, кефир, йогурт; фруктово-ягодное пюре; яичный желток; глина).

Также важен уход за кожей с использованием средств профессиональной косметики (косметцевтиков). Применение омолаживающих кремов-филлеров, позволяющих усилить кожные линии и ликвидировать неструктурную сетку кожного рисунка и форсировать эффект контурной пластики, в состав которых входят микросферы гиалуроновой кислоты, позволяющие осуществить интенсивное увлажнение; био- и гексопептиды, регулирующие клеточную активность и стимулирующие синтез коллагена и обладающие ботулоподобным действием; а также витамин С, используемый в качестве антиоксиданта, защищающий липидные структуры клеточных мембран.

В последние годы очень активно используются препараты на основе коллагена, которые могут быть, например, на основе бычьего коллагена (Коллост, Zyplast, Zyderm, Resoplast); свиного коллагена (Evolence, Evolence Breezetm); коллагена, полученного из собственных тканей пациента (Autologen, Isolagen, Cosmoderm, Costoplast); а также комбинированный Артеккол. Кроме того, синтезирован человеческий коллаген третьего типа в вариантах FG-5030 и FG-5017. Их использование позволяет запускать активацию миграции фибробластов, восстановление клеточного микроокружения, стимуляцию синтеза собственного молодого коллагена. Введенные интрадермально, они являются матрицей для формирования новой ткани. Фибробласты в результате направленной миграции «заселяют» коллагеновую матрицу и начинают синтезировать собственный молодой коллаген и другие компоненты межклеточного матрикса, которые постепенно замещают биоимплант. В результате поддерживается коллагеновый матрикс и образуется дермальный слой с улучшенными эластическими характеристиками, восстанавливается тургор кожи, уменьшаются глубина и степень выраженности морщин.

С целью безоперационной подтяжки лица и тела назначают методики, основанные на воздействии радиочастотной и электродинамической энергии, использующиеся практически без ограничений и периода реабилитации, позволяющие быстро и на длительный промежуток времени улучшить цвет и тонус кожи, скорректировать овал лица, устранить мелкие морщины, провести лифтинг

шеи и зоны декольте, омолодить кожу рук, уменьшить жировые отложения.

Следует также иметь в виду технологии биологической стимуляции тканей, которые запускают и ускоряют процессы активации фагоцитарной и бактерицидной способности иммунных клеток организма, оксигенации тканей, а также поддерживают синтез коллагена и других белков. Они могут быть использованы в качестве монотерапии или дополнять комплекс терапевтических мероприятий. В частности, использование богатой тромбоцитами аутоплазмы (БоТаП) представляет сегодня собой одну из немногих возможностей модулировать такие процессы. Получение БоТаП включает отделение и концентрацию тромбоцитов и содержащихся в них факторов роста. Стратегия применения БоТаП состоит в улучшении и ускорении процессов, вызываемых содержащимися в этих клетках факторами роста. Не являющаяся токсичной или иммунореактивной аутогенная БоТаП ускоряет естественные механизмы восстановления. Кроме того, богатая тромбоцитами аутоплазма регулирует функцию первичных факторов роста. Упомянутое свойство отличает факторы роста БоТаП от рекомбинантных, каждый из которых отвечает за отдельный механизм регенерации (Wergedal JE, Mohan S, Lundy M, Baylink DJ., 1990; Mohan S, Baylink DJ., 1991; Marx RE., 1994; Ахмеров Р.Р. и соавт., 2011). При лечении инъекциями БоТаП старческой атрофии (вялости) кожи, атрофических поражений кожи клиническая эффективность достигается в течение 7 - 12 дней: нормализуется внешний вид кожи, повышается ее тургор и эластичность, уменьшается шелушение эпидермиса, выравнивается рельеф кожи [Зарудий Р.Ф., Ахмеров Р.Р., 2005].

Из малоинвазивных манипуляций используются инъекции ботулотоксина типа А, позволяющие проводить успешную коррекцию возрастных изменений кожи, связанных с гипертонусом мышц верхней и нижней трети лица, коррекцию мимических морщин. В России, кроме Ботокса, разрешено использовать препараты этого типа, в частности, Диспорт (Франция), Лантокс (Китай), Ксеомин (Германия), Релатокс (Россия).

Следует отметить и технологию пилингов и мезопилингов. Косметологи знают, что перед началом косметологического лечения, для усиления эффективности практически любых процедур как по лицу, так и по телу, необходимо провести их курс или терапевтической дермабразии. Кроме того, такие нозологические формы, как возрастные изменения кожи, фотостарение, угревая болезнь, гиперпигментация и гиперкератоз являются прямым показанием для пилингов. При этом возможны варианты однократного использования срединного пилинга с дальнейшим проведением курса поверхностных пилингов. Необходимость подобных мероприятий, в первую очередь, связана с наличием плотного рогового слоя кожи, препятствующего проникновению лечебных косметических средств в эпидермис. Гиперкератоз также ухудшает газообмен, что усиливает гипоксию кожи и создает условия для накопления в ней продуктов метаболизма и свободных радикалов. Чаще всего с этой целью используют пилинги с 15 - 25% ТСА (трихлоруксусной кислотой); на основе энзимов или фенола; 50 - 70% АНА (альфа-гидроксикислоты); содержащие ретинол, салициловую, коевую, фитиновую кислоты. Мезопилинг - уникальный по своей простоте и эффективности метод введения органических кислот (гликолевой, салициловой, ретиноевой, молочной) в низких концентрациях в поверхностные и средние слои кожи с помощью микроинъекций.

С целью коррекции овала лица, восстановления объема скул и щек, а также линии подбородка и формы носа профессионалы используют саморассасывающиеся имплантанты.

Таким образом, сегодня существует множество методов, способов и вариантов, из которых можно с помощью специалистов сформировать собственный путь к совершенству, создать и реализовать свою индивидуальную anti-age программу.

**Нана ПАНТЕЛЕЕВА,**  
врач-акушер-гинеколог отделения  
медико-социальной помощи детям  
подросткового возраста ДРКБ

# ВОСЕМЬ ВОПРОСОВ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ



ОБЫЧНО ЮНАЯ ПАЦИЕНТКА ВПЕРВЫЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ДЕТСКИМ ГИНЕКОЛОГОМ, ЕСЛИ ЗАБОЛЕЕТ ИЛИ ПОЧУВСТВУЕТ В СЕБЕ ЗАРОЖДЕНИЕ НОВОЙ ЖИЗНИ. ИМЕЕТ ЛИ СМЫСЛ ЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ В НЕЖНОМ ВОЗРАСТЕ, ЗАДОЛГО ДО ПОЯВЛЕНИЯ «ВЗРОСЛЫХ ПРОБЛЕМ»?



**Л**учше сделать это как можно раньше! Особы, находящиеся в возрасте набоковской Лолиты, избегают визитов к гинекологу в силу своей неосведомленности по поводу возможных проблем, связанных с их половым созреванием. Что же касается совсем маленьких девочек, то за них все решают родители, которые убеждены: их трехлетней дочери гинеколог ни к чему.

Это не совсем верный подход. Дело в том, что именно в детстве и юности легче всего предупредить гинекологические заболевания. Кстати, убеждение, что девочки крепче мальчиков и легче справляются с недугами, ошибочно. Если говорить о современных подростках, то всевозможные нарушения и хронические заболевания у прекрасной половины подрастающего поколения встречаются чаще, чем у юношей.

## 1. ЗАЧЕМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКЕ ГИНЕКОЛОГ?

Любая девочка независимо от возраста имеет те же самые половые органы, что и взрослая женщина. У появившегося на свет крошечного существа прекрасного пола еще нет ни зубов, ни волос, но уже есть и матка, и маточные трубы, и яичники. А раз есть орган, не исключено, что в нем могут развиваться какие-то болезненные процессы.

По наблюдениям специалистов, от 15 до 25% девочек дошкольного возраста и подростков, еще не достигших совершеннолетия, страдают различными гинекологическими патологиями. Это и воспалительные заболевания половых органов, и кисты, и миомы, и нарушения менструальной функции. Их надо своевременно выявлять и лечить. В противном случае они могут не только подорвать здоровье девочки, но и вызвать в более позднем, детородном возрасте нарушение репродуктивной функции.



## 2. КОГДА ВПЕРВЫЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОКАЗАТЬ РЕБЕНКА ГИНЕКОЛОГУ?

Первый осмотр наружных половых органов проводится в роддоме вскоре после рождения ребенка. Его основная цель - идентифицировать пол новорожденного. Кроме этого планового послеродового осмотра Минздравом РФ установлено еще два обязательных профосмотра при участии детского и подросткового гинеколога. Они проводятся централизованно. Первый - при поступлении ребенка в школу, в 6 - 7 лет. Второй - во время пубертатного периода, в 11 - 12 лет, когда у большинства девочек уже начинаются менструации.

По достижении же 14-летнего возраста девочкам рекомендуется посещать гинеколога самостоятельно или вместе с родителями один раз в год. Возможны и дополнительные, внеплановые визиты, которые могут быть вызваны как жалобами, так и всевозможными внешними отклонениями от нормы.

## 3. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ДЛЯ ВИЗИТА К ДЕТСКОМУ ГИНЕКОЛОГУ?

Так уж повелось, что основным поводом для обращения девочек-подростков и 17 - 18-летних девушек к гинекологу является задержка менструаций или воспаления. Действительно, этот «звоночек» нельзя оставлять без внимания, так как он может служить предупреждением о том, что девушка беременна. Однако гораздо разумнее прийти на прием к гинекологу не после, а до начала половой жизни, чтобы врач помог девушке подобрать наиболее подходящий для нее метод контрацепции.

Не менее активно следует реагировать и на такие тревожные сигналы, как появление выделений из влагалища желтоватого, зеленоватого или коричневатого цвета с неприятным запахом, а также зуда и жжения в области наружных половых органов и при мочеиспускании. Такие опасные симптомы могут быть у девочек любого возраста - от грудничков до подростков.

Если у девочки в 6 - 7 лет отмечается рост молочных желез и оволосение, или, наоборот, к 13 - 14 годам у нее не наблюдается ни того, ни другого, родители

должны вместе с детским и подростковым гинекологом выяснить, в чем дело. Преждевременное половое созревание, равно как и его задержка, зачастую бывают связаны с серьезными, требующими безотлагательного лечения, эндокринными заболеваниями.

Особенно важно в детской и подростковой гинекологии держать под контролем всевозможные отклонения, свидетельствующие о расстройстве менструальной функции. Нормальными считаются менструации, регулярно повторяющиеся через 21, 24, 28 или 32 дня (для каждого организма этот интервал устанавливается индивидуально). Длительность каждой менструации не должна превышать семь дней. При более продолжительных, нерегулярных, болезненных или слишком обильных менструациях с большой кровопотерей надо обязательно проконсультироваться со специалистом. Для уточнения их ритма каждая девочка должна вести календарь, отмечая в нем первый и последний день каждой менструации и делая особые пометки о том, обильны ли были кровотечения, как они проходили - с болью или без нее. Все эти сведения позволяют в случае необходимости более точно установить причину расстройства менструальной функции при обращении к гинекологу.

## 4. ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ ВО ВРЕМЯ МЕНСТРУАЦИЙ – МОЖЕТ НЕ СТОИТ РАНЬШЕ ВРЕМЕНИ БИТЬ ТРЕВОГУ?

Каждая третья девушка в первый день менструации ощущает тяжесть внизу живота, тянущие или схваткообразные боли, обусловленные незрелостью матки. Со временем они действительно исчезают или значительно ослабевают. Но, согласитесь, в данный момент девушке от этого не легче. Если менструации проходят настолько болезненно, что в эти дни она не может подняться с постели, не стоит безучастно «ждать у моря погоды» или экспериментировать с различными болеутоляющими средствами: последствия такого самолечения могут быть абсолютно непредсказуемыми.

Установлено, что болезненные менструации в большинстве случаев являются симптомом ряда гинекологических заболеваний, в частности, неправильного

развития половых органов, хронического воспаления придатков, туберкулеза и эндометриоза половых органов. Поэтому девушку, у которой менструации сопровождаются сильными болями, обязательно должен осмотреть гинеколог.

Возможно, для устранения болезненных явлений достаточно будет ограничиться приемом специальных антибактериальных препаратов или витаминов. Однако не исключено, что потребуются другие вмешательства. В любом случае необходима предварительная лабораторная диагностика.

## 5. НЕ ОТРАЖАЕТСЯ ЛИ НА ПОЛОВОМ РАЗВИТИИ УВЛЕЧЕНИЕ ПОХУДЕНИЕМ И ГОЛОДАНИЕМ?

«Эталон» современной девушки - худощавая фигура с тонкой талией, плоским животом и почти отсутствующими бедрами. Чтобы приблизиться к нему, девушки идут на все. Они почти перестают есть, искусственно вызывают рвоту после еды, принимают слабительные средства, занимаются специальной гимнастикой. Во многих случаях им удается получить желаемый результат: они худеют. И вдруг у них неожиданно прекращаются менструации.

Обычно вес таких «модниц» не превышает 45 килограмм. Некоторые ученые называют его менструальной или критической массой тела. При массе тела ниже критической репродуктивная система возвращается к функционированию на более низком, незрелом уровне. При этом замедляется образование и выделение гормонов гипофизом и яичниками, уменьшаются размеры матки и молочных желез. Чем дольше отсутствуют менструации, тем труднее вновь «запустить» репродуктивную систему. Далеко не всегда все кончается благополучно. Прекращение менструаций, вызванное резким снижением веса, может способствовать в будущем развитию бесплодия.

## 6. МОЖЕТ ЛИ ДЕВОЧКА ОБРАТИТЬСЯ К ГИНЕКОЛОГУ САМОСТОЯТЕЛЬНО, НЕ СТАВЯ ОБ ЭТОМ В ИЗВЕСТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ?

Конечно, может, но подобная самостоятельность не всегда оправдана. Допустим, врач-гинеколог при проведении планового профилактического осмотра обнаружил у девочки какое-то гинекологическое заболевание. Чтобы уточнить диагноз, ему надо задать массу вопросов: о перенесенных в детстве заболеваниях, о родовых травмах, о неблагоприятных воздействиях на плод во время беременности. Сможет ли ребенок ответить на них? Вряд ли.

Поэтому, если девочке еще не исполнилось 14 - 15 лет, мы предлагаем ей в случае необходимости прийти на прием к гинекологу вместе с мамой. При этом врач ни в коем случае не должен «давить» на свою юную пациентку: звонить родителям, оповещая их о предстоящем визите, или выяснять, почему она не явилась на прием, например, через директора школы и т.п.

## 7. ПОЧЕМУ ДЕВОЧКИ РЕДКО ОБРАЩАЮТСЯ К ГИНЕКОЛОГУ ПО СОБСТВЕННОЙ ВОЛЕ?

Видимо, девушки, живущие половой жизнью, боятся, что об этом узнают родители. Опасения их напрасны: врач-гинеколог не имеет права передавать кому-либо информацию, полученную во время приема от своей пациентки, без ее согласия.

Еще одна причина - страх перед гинекологическим креслом, но это тоже не повод для того, чтобы рисковать своим здоровьем. Во-первых, визит к гинекологу не всегда сопровождается обследованием пациентки на кресле. Например, при подборе метода контрацепции бывает достаточно обстоятельной доверительной беседы. Во-вторых, девочка должна знать, что, скажем, во время профилактического осмотра она вполне может ответить отказом на просьбу врача раздеться и занять место в «страшном» кресле.

Некоторые девочки не идут к гинекологу потому, что боятся потерять девственность. Врач должен их успокоить: этого не произойдет, поскольку осмотр юных пациенток проводится совсем не так, как у женщин. Как правило, применяется ручное исследование, которое проводится не через влагалище, а через прямую кишку. Если же потребуются осмотреть шейку матки и влагалище, детский и подростковый гинеколог пользуется специальными тончайшими детскими зеркалами и вагиноскопами, которые осторожно вводятся через отверстия в девственной плеве без ее повреждения.

## 8. ЧЕМ ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЗРОСЛОЙ?

Диагностика любого гинекологического заболевания у детей требует особой профессиональной подготовки. Как правило, болезни в детском организме развиваются скрыто, имеют очень слабую симптоматику, поэтому выявить их довольно трудно. Искусство детского гинеколога состоит в том, чтобы подобрать такой комплекс диагностических исследований, который позволит по едва заметным признакам обнаружить, например, у ребенка маленькую опухоль или определить причину маточного кровотечения у девочки-подростка.

Кроме того, детский гинеколог должен быть не только профессионалом в своей области, но и в определенной степени психологом. Ведь если взрослая женщина откровенно рассказывает гинекологу о тех проблемах, которые привели ее к нему, предельно точно отвечает на поставленные вопросы, то девочка многое утаивает от врача - то ли стесняется, то ли считает, что доктору ни к чему подробно рассказывать о всяких мелочах. Она даже не подозревает о том, как важны эти «мелочи» при диагностике и выборе схемы лечения. Чтобы получить максимум полезной информации, детский гинеколог должен найти к каждой из своих пациенток индивидуальный подход, наладить с ней психологический контакт. Только в этом случае можно надеяться на успех.

**Рустем ХАСАНОВ**, главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ»  
**Ирик ВИЛАЛОВ**, главный врач ГАУЗ «Сармановская ЦРБ»  
**Ришат ВИЛАЛОВ**, главный врач ГАУЗ «Новошешминская ЦРБ»  
**Владимир ГУРОВ**, главный врач ГАУЗ «Зайнская ЦРБ»

# СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ОПЫТ НОВОШЕШМИНСКОГО И САРМАНОВСКОГО РАЙОНОВ ТАТАРСТАНА

ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, ОСТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШЕЙ ПРОБЛЕМОЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ОСОБУЮ РОЛЬ СРЕДИ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЕТ РАК ШЕЙКИ МАТКИ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВО ВСЕМ МИРЕ.



## СТАТИСТИКА И ТЕНДЕНЦИИ

По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 371 000 новых случаев рака шейки матки (РШМ), что приводит к смерти 190 000 женщин.

В России ежегодно диагностируется более 12 тысяч новых случаев РШМ. В последние годы в нашей стране отчетливо выражена тенденция роста заболеваемости у женщин младше 35 лет. Важно и то, что увеличивается, прежде всего, число больных с запущенными стадиями опухолевого процесса.

Соотношение смертности и заболеваемости от РШМ составляет 52%, т.е. умирает каждая вторая. Ежедневно в Российской Федерации жертвой этого грозного заболевания становятся 17 представительниц слабого пола.

В Республике Татарстан заболеваемость раком шейки матки возросла с 18,1 на 100 тысяч населения в 2006 году до 22,6 в

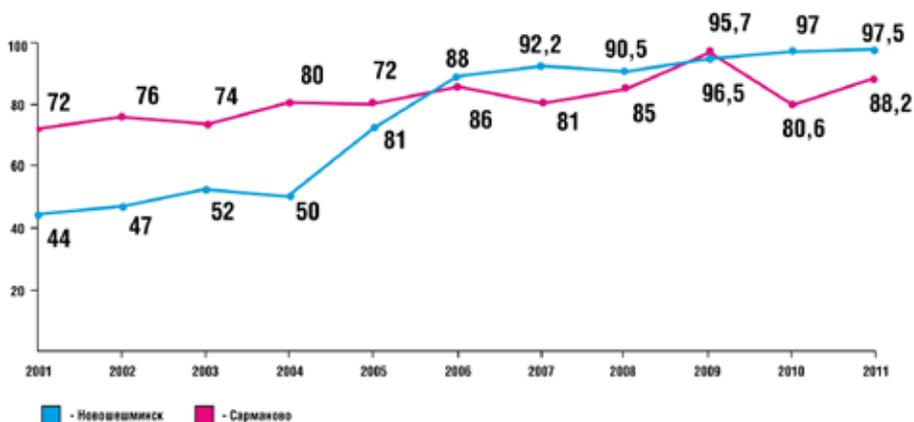
2010-м. Запущенность составила 22% и не имеет выраженной тенденции к снижению.

## ПРОСТОЙ МЕТОД

Развитие заболевания рассматривается как последовательный многоступенчатый процесс: от неизменного эпителия шейки матки через предраковые заболевания (дисплазии) до, собственно, рака. Длительность перерождения, как предполагается, занимает до 10 лет. Принимая это во внимание, наиболее важным становится раннее выявление и лечение предраковых поражений, предотвращение развития РШМ. По данным Яна Бохмана, пятилетние результаты лечения больных на стадии предрака, т.е. дисплазии шейки матки, составляют 100%.

Для выявления предраковых состояний и рака шейки матки на ранних стадиях уже более 50 лет используется простой,

**Рис. 1. ОХВАТ ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ СКРИНИНГОМ ВЗРОСЛОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В НОВОШЕШМИНСКОМ И САРМАНОВСКОМ РАЙОНАХ В 2001 - 2011 гг. (%)**



доступный, но очень информативный метод - цитологический скрининг - исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала для выявления атипических клеток.

В Российской Федерации в соответствии с приложением №1 к приказу МЗ РФ от 12.09.97 г. №270 цитологическое исследование обязательно для всех женщин, самостоятельно обратившихся в смотровой кабинет. Но при такой организации скрининга невозможен 100%-й охват женщин.

В программу государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Республики Татарстан с 2009 года включены объемы посещений к акушерам-гинекологам с проведением цитологического скрининга. В 2011 году в республике проведено цитологическое обследование 573 404 женщин старше 18 лет, что составило 35% от общего числа взрослых женщин. По Российской Федерации процент охвата скринингом еще ниже. В то же время опыт ряда зарубежных стран (США, Скандинавские страны) свидетельствует о том, что чем выше охват и частота цитологического скрининга, тем ниже показатели запущенности и смертности при раке шейки матки.

## ЧЕТЫРЕ ГОДА БЕЗ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В этой статье мы хотели бы представить опыт работы Новошешминского и Сармановского районов Республики Татарстан. Цитологический скрининг рака шейки матки здесь проводится ежегодно, в нем участвует все женское население с 18-летнего возраста. В 2011 году в Сармановском районе было обследовано - 15 145, а в Новошешминском - 5295 женщин.

В Сармановском районе программа реализуется в течение 20 лет, в Новошешминском - более 10. Многолетний опыт проведения скрининга показал высокую результативность, а именно: за 20-летний период в Сармановском районе не наблюдались запущенные формы рака шейки матки и одногодичная летальность. В Новошешминском районе в течение четырех лет подряд (2006 - 2009) не фиксировались случаи заболевания РШМ, за последние шесть лет имеется единственный случай запущенной формы у асоциальной больной.

Принципиальным моментом и наиболее трудной задачей является обеспечение высокой степени охвата обследованиями взрослого женского населения, которое в вышеперечисленных районах составило от 80 до 97%. Его привлечение к периодическим медицинским осмотрам осуществлялось путем проведения

широкой разъяснительной работы с использованием средств массовой информации, встреч с жителями районов, подготовкой и распространением буклетов, памяток, вручением именных приглашений на осмотр.

Координацию работы по обеспечению явки женщин осуществляли участковые терапевты и врачи общей практики, на селе этим занимались фельдшера и акушерки. Скрининг проводился по графику, с распределением работы по месяцам. Взятие мазков осуществлялось как в смотровом кабинете поликлиники ЦРБ, так и в ФАПе. Забор мазков акушерки ФАПа и смотрового кабинета поликлиники осуществляют в рамках выполнения своих функциональных обязанностей. Например, в Новошешминском районе нагрузка по взятию цитологического мазка по ФАПу составляет один анализ в смену, в смотровом кабинете - до шести анализов в смену.

Цитологическое исследование проводилось в клинико-диагностической лаборатории центральной районной больницы лаборантом-цитологом. Норма его нагрузки в рабочую смену составляет 30 - 40 мазков. В год лаборант-цитолог может посмотреть до 10 тысяч мазков. В Новошешминском районе эта работа в размере 0,5 ставки возложена на одного из лаборантов, в Сармановском районе ее выполняют два цитолога. Цитологи были подготовлены путем обучения фельдшеров-лаборантов в течение двух недель на рабочем месте в Республиканском клиническом онкологическом диспансере.

Мазки с подозрением на патологию направлялись в Республиканский клинический онкологический диспансер. Организацию проведения цитологического скрининга, интерпретацию его результатов, назначение курса лечения, диспансерное наблюдение за пациентками осуществлял врач-акушер-гинеколог. Необходимости в выделении дополнительных ставок врача-гинеколога в представленных районах не возникло, т.к. в консультации акушера-гинеколога и в дальнейшем лечении нуждаются лишь 10 - 15% осмотренных женщин. Руководством центральных районных больниц ежемесячно осуществлялся мониторинг проводимой работы.

Доверие людей к цитологическому скринингу росло вместе с положительными результатами работы. Сохранение женского здоровья стало хорошей мотивацией для населения. Важно отметить тот факт, что при скрининге выявляется большое количество фоновых заболеваний, болезни мочеполовой системы и передающиеся половым путем. В связи с высокой частотой обнаруживаемой патологии возникает необходимость организации четкой диспансеризации

женского населения с последующей санацией. В структуре заболеваний преобладают большие с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки - 29,5% случаев, с заболеваниями мочеполовой системы - 41,1% и с заболеваниями, передающимися половым путем, - 6,0% случаев.

Новизной и одним из достоинств программы является активная работа со здоровым контингентом. При ежегодном привлечении женщин в лечебное учреждение появляется возможность проведения ряда профилактических мероприятий: контроль АД, сахара крови, измерение внутриглазного давления, прохождения флюорографии, осмотр на выявление рака визуальных локализаций.

Рис. 2. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-ГИНЕКОЛОГА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РШМ



### ЗВЕНЬЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

В диспансеризации женщин из группы риска важно взаимосвязанное участие трех звеньев сельского здравоохранения: на уровне ЦРБ - гинеколог и лаборант-цитолог, а на участках и ФАП - средние медицинские работники. Представленное структурное взаимодействие осуществляется по логическому принципу: оценка - решение - действие.

Рис. 3. СТРУКТУРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-ГИНЕКОЛОГА, ЛАБОРАНТА-ЦИТОЛОГА, СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

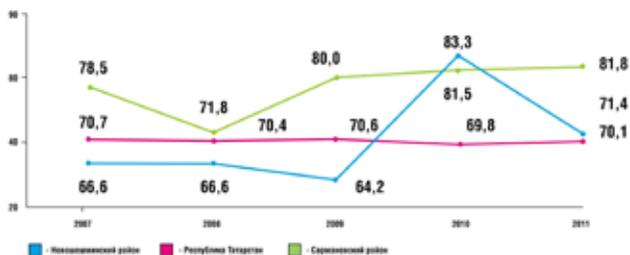


На рисунке отражена непрерывность процесса диспансеризации: контроль лаборантом-цитологом, последующее решение врача-гинеколога о предполагаемом алгоритме санации, активная позиция среднего медицинского работника на участке и в ФАПе.

Такой подход, например, в Новошешминском районе позволил добиться отсутствия онкозаболеваний кожи, нижней губы и тела матки в запущенных стадиях в течение последних пяти лет.

Анализ результатов многолетней работы по проведению ежегодного цитологического скрининга взрослого женского населения в Новошешминском и Сармановском районах позволяет сделать вывод о том, что высокая степень охвата этим исследованием в сочетании с регулярностью привели к низким показателям заболеваемости раком шейки матки, отсутствию запущенных форм, улучшению пятилетней выживаемости, положительно отразились на репродуктивном здоровье.

Рис. 4. ПОКАЗАТЕЛИ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В НОВОШЕШМИНСКОМ И САРМАНОВСКОМ РАЙОНАХ В СРАВНЕНИИ С РЕСПУБЛИКОЙ ТАТАРСТАН В 2007 - 2011 гг. (%)



Существующий метод цитологического скрининга не утратил свои преимущества перед другими методами и по сей день, из-за дешевизны и доступности, он осуществим во всех лечебных учреждениях, где имеется клиническая лаборатория.

# Клиника «АВА-ПЕТЕР»:

## врачи, пробуждающие ЖИЗНЬ

Европейский образ жизни, к которому стремится большинство россиян, имеет и негативную сторону. Традиция позднего вступления в брак приводит к тому, что многие пары сталкиваются с бесплодием. О современных методах планирования семьи журналу **Healthy Nation** рассказала директор казанского филиала клиники «АВА-ПЕТЕР», заслуженный врач Республики Татарстан **Фирая САБИРОВА**.



Татарстан - один из первых регионов России, где к решению проблем деторождения подошли на государственном уровне. В 1991 году на базе Республиканской клинической больницы был открыт Центр планирования семьи и репродукции. Возглавить клинику поручили одному из ведущих гинекологов республики Фирае Сабировой.



- В начале девяностых годов бесплодием страдали около 14% супружеских пар, - вспоминает Фирая Маратовна. - В подавляющем большинстве случаев бездетность являлась следствием заболеваний женщин. Сегодня в республике трудности с деторождением испытывают уже более 17% пар. При этом в последние годы заметно увеличилась заболеваемость среди мужчин. Поэтому на

сегодняшний день мы считаем, что бесплодный брак является в одинаковой степени проблемой как женской, так и мужской.

### МУЖСКАЯ СИЛА СЛАБЕЕТ В СЕТЯХ

По словам Фираи Сабировой, к неспособности самостоятельно зачать ребенка ведет неправильный образ жизни, стрессы, плохая экология. Кроме того, современная

молодежь рано начинает половую жизнь и часто меняет партнеров, а это зачастую приводит к так называемым заболеваниям, передаваемым половым путем. Чрезмерное употребление пива, которое, наконец-то, признали алкогольным напитком, исподволь, не сразу, но обязательно снижает потенцию мужчин. Дело в том, что в пиве содержится растительные вещества, по своему строению схожие с женскими половыми гормонами. И «пивной живот» - это не что иное, как отложение жира по абдоминальному типу, которое характерно для женщин. Влияние электромагнитных полей от многочисленных телефонов, ноутбуков, компьютеров, которые мужчины носят в карманах брюк, часами держат на коленях, тоже не приносит пользы. Результатом всего этого является резкое снижение фертильности мужского населения, и поэтому все чаще лечение методом ЭКО проводится по показаниям со стороны мужа. При этом часто применяется метод ИКСИ, когда качество сперматозоидов низкое, и врач-эмбриолог отбирает один сперматозоид и «принудительно» оплодотворяет им яйцеклетку. Это повышает вероятность наступления беременности и дает мужчине шанс иметь собственного, генетически родного ребенка.

## РОЖДЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ КЛИНИКИ

До мая прошлого года диагностикой и лечением бесплодия в республике занимался Центр планирования семьи и репродукции. Именно здесь впервые в Татарстане было проведено лечение методом экстракорпорального оплодотворения. Первый ребенок, полученный в результате искусственного зачатия, появился на свет 18 октября 2002 года. А с 2008 года сотрудники Центра начали проводить процедуру ЭКО уже в рамках государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по виду «Экстракорпоральное оплодотворение». С 2008 по 2011 год за счет средств федерального и республиканского бюджетов были пролечены 1452 супружеские пары.

В 2011 году Республиканский Центр планирования семьи и репродукции в рамках



**«АВА-Казань» планирует работать по программе оказания населению бесплатной медицинской помощи. Как только медучреждение введут в эксплуатацию, администрация направит необходимые документы для получения государственного заказа. В этом случае получить услуги европейского качества сможет любой татарстанец.**

частно-государственного партнерства был передан в управление ООО «АВА-ПЕТЕP», входящему в международную сеть клиник, работающих под брендом АВА, учредителем которой является финская компания Scanfert.

На российском рынке компания «АВА-ПЕТЕP» работает с 1996 года. Это одна из самых крупных частных клиник в стране, которая занимается лечением бесплодия, а также методами вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО). «АВА-ПЕТЕP» имеет в Санкт-Петербурге две крупные клиники и десять поликлинических филиалов. Оборот в 2010 году составил более 1 млрд 600 млн рублей.

- К 2010 году Центр планирования семьи и репродукции находился в плачевном состоянии, - говорит Фирая Сабирова. - Системы вентиляции, водоснабжения и канализации были изношены. Большая часть лабораторного оборудования морально устарела и исчерпала свой ресурс. Денег на реконструкцию и переоснащение Центра в бюджете республики не было. В итоге было найдено нестандартное решение. В августе 2010 года Кабинет Министров РТ издал распоряжение «О проведении открытого конкурса на заключение концессионного соглашения в отношении объекта здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции». Победителем конкурса была признана компания

«АВА-ПЕТЕP». По условиям конкурса инвестору было передано помещение Центра, а также государственное задание на 25 тысяч специализированных приемов граждан и 400 циклов лечения бесплодия методом ЭКО. «АВА-ПЕТЕP» обязана была провести реконструкцию помещений и полное переоснащение медицинского оборудования.

Свои обязательства компания выполнила полностью. В течение трех месяцев в здании был проведен капитальный ремонт с соблюдением принципов «чистых помещений». Заново проложены инженерные системы и компьютерные сети. Операционная и лаборатория ЭКО получили новейшее оборудование: инкубаторы, микроскопы, ламинарные шкафы... Общий объем инвестиций в клинику составил около 53 млн руб. В результате в республике появился современный медицинский центр, работающий в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Прием специалистов и медицинские услуги в рамках установленных квот оплачиваются из Фонда обязательного медицинского страхования РФ. Стоит заметить, что в России до



## МНЕНИЕ



По словам Глеба Михайлика, клиника европейского уровня появилась в Казани не случайно. На недавнем экономическом форуме в Санкт-Петербурге представитель Всемирного банка отметил, что в Татарстане созданы хорошие условия для реализации проектов в области государственно-частного партнерства. В других регионах этого нет, поэтому инвесторы выбирают Татарстан. К тому же уровень жизни в республике несколько выше, чем в других субъектах страны, поэтому татарстанцы могут позволить себе оплачивать более качественные услуги. В том числе и медицинские.



пришлось потратить немало времени, сил и средств. Только на усиление фундамента израсходовано 1 миллион 300 тысяч евро. Сегодня помещения клиники соответствуют всем требованиям. Что не маловажно, - внешне здание выглядит, как и 100 лет назад. Мы даже мансарду воссоздали в прежнем виде. Сейчас в клинике производится внутренняя отделка операционных блоков, поликлиническое и диагностические отделения уже полностью готовы к приему посетителей. Ожидается, что первые пациенты смогут прийти в клинику до конца лета, после того, как будут оформлены все необходимые документы, получены свидетельство Роспотребнадзора РФ и лицензия на право заниматься медицинской деятельностью.

Стоит заметить, что деятельность клиники «АВА-Казань» не будет ограничиваться только программой ЭКО, акушерством и гинекологией. Больница окажет пациентам все виды медицинских услуг, начиная от амбулаторно-поликлинической помощи и заканчивая проведением хирургических операций. По структуре и оснащению она будет приближена к крупным европейским клиникам.

«АВА-Казань» планирует работать по программе оказания населению бесплатной медицинской помощи. Как только учреждение введут в эксплуатацию, администрация направит необходимые документы для получения государственного заказа. В этом случае получить услуги европейского качества сможет любой татарстанец.

В клинике пациенты смогут пройти полную диагностику организма. К примеру, здесь можно будет сделать ультразвуковое исследование органов брюшной полости и мочеполовой железы, пройти диагностику щитовидной железы, молочных желез, мягких тканей и суставов, получить дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга. Специалисты клиники также выполнят рентгенологические и эндоскопические исследования внутренних органов, мочеполовой и репродуктивной систем. Сделают все точно, аккуратно и быстро. Как в Европе. \*

настоящего времени не было прецедентов заключения договоров концессии в отношении учреждений здравоохранения.

### ОТ ЗАЧАТИЯ ДО РОДОВ

На сегодняшний день казанский филиал «АВА-ПЕТЕР» считается одним из лучших медицинских центров в Поволжье, работающих по программе ЭКО. Высокое качество услуг объясняется не только современным оснащением клиники, но и опытным медицинским персоналом. Ведь большинство врачей филиала начали практику еще в середине девяностых годов в Центре планирования семьи и репродукции РТ.

В середине лета компания планирует открыть в Казани еще одну клинику европейского уровня. Называться она будет «АВА-Казань». Проект осуществляется в рамках государственно-частного партнерства между ООО «АВА-ПЕТЕР», Министерством здравоохранения РТ и администрацией города Казани. Новая клиника будет расположена

на перекрестке улиц Профсоюзная и Астрономическая в уникальном здании с вековой историей, известном как «Аптека и завод по производству искусственных минеральных вод Фердинанда Грахе». В новом медицинском центре предусмотрена амбулатория с дневным стационаром, отделения экстракорпорального оплодотворения и оперативной гинекологии. Здесь же будут находиться родильное отделение и отделение педиатрии. Диагностический блок оснащен современным магнитно-резонансным томографом. Иными словами пациенты в одном здании смогут получить полный комплекс медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем.

- Здание под клинику мы получили в очень запущенном состоянии, - говорит генеральный директор ООО «АВА-ПЕТЕР» Глеб Михайлик. - Стены сильно обветшали, перекрытия обрушились, а фундамент, как говорят строители, - «поплыл». Чтобы привести здание в надлежащий вид, нам

# Современные технологии на страже здоровья и долголетия



**Южнокорейская компания SAMSUNG MEDISON уже более 25 лет успешно занимается разработкой и производством диагностического медицинского оборудования – аппаратов для ультразвукового исследования (УЗИ), а недавно стала разрабатывать системы для рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ).**

Особо следует отметить ценовую доступность трехмерного оборудования компании, которая сделала его эталоном в соотношении качество/цена. Аппараты для 3D УЗИ приобрели поистине народную популярность и широко представлены в клиниках Европы, Азии, обеих Америк и, конечно же, России. Сегодня в больницах и клиниках мира меняется уже четвертое поколение ультразвуковых аппаратов.

С момента своего основания компания SAMSUNG MEDISON наибольшее внимание уделяет диагностическому оборудованию. Именно она выпустила на рынок пер-

вые, коммерчески доступные, сканеры сначала для 3D, а потом и для 4D УЗИ. Трехмерное ультразвуковое сканирование занимает почти в три раза меньше времени, поэтому риск для плода минимален, а сама процедура более комфортна для женщины. Кроме того, 3D/4D технологии позволяют получить в режиме реального времени объемные, «живые» изображения еще не родившегося ребенка, которые радуют и мотивируют будущих родителей, создавая особую, доверительную и праздничную атмосферу в кабинетах пренатальной диагностики.

Для врачей, профессионально занимающихся ультразвуковой диагностикой в акушерстве и гинекологии, трехмерные технологии SAMSUNG MEDISON дают целый ряд дополнительных преимуществ. Во-первых, получаемые таким образом трехмерные данные позволяют «извлечь» необходимые для последующей диагностики изображения в любой стандартной и нестандартной плоскости даже при отсутствии оптимального положения плода и без ощутимой потери качества. Во-вторых, трехмерные данные можно сохранить на цифровых носителях информации для передачи и последующего анализа другим специалистам или экспертам, находящимся в любой точке мира. В-третьих, дополнительные опционные программы, такие как 3DXI™, 3DMXI™, VOCAL™, OVIX™, DMR™, HDVI™ и другие, облегчают и ускоряют работу врача с трехмерными изображениями, заметно улучшая их качество благодаря современным запатентованным алгоритмам обработки данных и дружественному, интуитивно понятному пользовательскому интерфейсу.



**Внедряя передовые технологии в доступную диагностическую аппаратуру, SAMSUNG MEDISON вносит существенный вклад в охрану здоровья, детородной функции и долголетия своих клиентов, еще раз утверждая приоритет общечеловеческих и семейных ценностей.**

Отдельно следует упомянуть программы STIC и VolumeNT™. Первая из них предназначена для получения движущихся (4D) объемных изображений сердца плода и основана на алгоритмах пространственно-временной корреляции изображений. Данная технология получила высокую и заслуженную оценку ведущих специалистов мира и России и уже заняла особое место в диагностике врожденных пороков сердца у плода с последующим планированием их хирургической коррекции.

Вторая программа, VolumeNT™, предназначена для автоматического измерения толщины воротникового пространства плода. Этот показатель измеряется в конце I-го триместра беременности и является одним из ранних маркеров хромосомных аномалий, на основании чего принимается решение о последующих диагностических процедурах для исключения, например, болезни Дауна. Методика измерения воротникового пространства была детально разработана Фондом Медицины Плода (FMF); она высоко стандартизирована, зависит от внешних обстоятельств (положение плода) и наличия соответствующего опыта у врача.

Технология VolumeNT™ была разработана для того, чтобы сгладить эти противоречия. Она уникальна по своей сути и не имеет аналогов, поскольку для получения конечного результата - толщины воротникового пространства плода - использует данные трехмерного ультразвукового сканирования, в которых программа автоматически находит стандартную плоскость для измерения этого важного показателя. В настоящее время технология VolumeNT™ успешно проходит клиническую апробацию.

Забота о здоровье женщины не исчерпывается акушерско-гинекологической тематикой, это еще и ранняя диагностика сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Компания SAMSUNG MEDISON разработала и внедрила ряд технологий, предназначенных именно для этих целей. Так, программа AutoIMT™ позволяет автоматически, с высокой степенью достоверности определить риск атеросклероза и связанных с ним заболеваний у женщин и мужчин в 4 - 5-й декаде жизни. Эта программа не уникальна по своей сути, но среди всех аналогов у SAMSUNG MEDISON она

наиболее проста в применении, позволяет врачу нажатием лишь одной кнопки определить толщину комплекса «интима-медия» сонной артерии и автоматически промаркировать измеренный участок сосуда цветом, указывающим на наличие риска атеросклероза (красный) или отсутствие этого риска (зеленый).

Другая технология компании - ElastoScan™ - основана на принципах ультразвуковой эластографии и понятии о деформации здоровых и патологически измененных тканей. Специальная программа, установленная на аппарате УЗИ, отслеживает смещение ярких точек, из которых состоит ультразвуковое изображение, относительно друг друга и оценивает степень деформации тканей. На основании полученной в режиме реального времени информации программа маркирует мягкие здоровые ткани одним цветом (например, желтым), а значительно более жесткие злокачественные опухоли, расположенные внутри молочной или предстательной железы, другим цветом (например, фиолетовым).

Основная сфера применения технологии ElastoScan™ - диагностика некоторых форм рака. Она помогает врачу в поиске небольших по размеру злокачественных опухолей, особенно на фоне сопутствующей дегенеративной и воспалительной патологии (например, фиброзно-кистозной мастопатии или простатита). Однако одной онкологией применение технологии ElastoScan™ не исчерпывается. Ее с успехом используют для дифференциальной диагностики узловых патологии щитовидной железы и матки и даже для объективной оценки степени готовности шейки матки к родам.

Еще одной современной технологией компании является 2D Strain. Она также основана на принципах ультразвуковой эластографии, но в ней задействованы алгоритмы автоматического отслеживания движения стенки сердца, на основании которых рассчитываются скорость деформации миокарда, а также синхронность его сокращения. Технология предназначена для точной, объективной оценки движения стенок камер сердца, поиска зон гипокинезии и акинезии, а также асинхронии, т.е. нарушения синхронности сокращения миокарда. Основная сфера применения 2D Strain - кардиология.

Последние три технологии компании - AutoIMT™, ElastoScan™ и 2D Strain - предназначены, в первую очередь, для диагностики риска возникновения серьезных заболеваний на ранних стадиях у относительно молодых женщин и мужчин. Таким образом, внедряя передовые технологии в доступную диагностическую аппаратуру, SAMSUNG MEDISON вносит существенный вклад в охрану здоровья, детородной функции и долголетия своих клиентов, еще раз подтверждая приоритет общечеловеческих и семейных ценностей.

ЗАО «Медиэйс» - официальный дистрибьютор SAMSUNG MEDISON.\*



# Volume NT™

MEDISON представляет новую технологию Volume NT™, позволяющую автоматически находить в массиве трехмерных данных истинную срединно-сагиттальную плоскость для автоматического измерения толщины воротникового пространства и последующей оценки головного мозга плода. Клинические испытания, проведенные в нескольких медицинских центрах, показали, что данный метод высокоэффективен.

Получение ультразвукового изображения воротникового пространства (ВП) в В-режиме требует определенного врачебного опыта и временных затрат. Главным образом, это связано с поиском ВП в истинной срединно-сагиттальной плоскости для дальнейшего его измерения, что является сложной задачей при двухмерном сканировании и сильно зависит от положения плода.



Кончик носа  
Носовая кость  
  
Промежуточный мозг  
  
Воротниковое пространство

## Автоматическое обнаружение срединно-сагиттального изображения

Процесс измерения толщины воротникового пространства (ТВП) при использовании технологии Volume NT™ будет более быстрым и точным, что значительно увеличит количество исследуемых пациентов и повысит вашу уверенность при клиническом заключении. А поскольку технология Volume NT™ включает в себя автоматический поиск срединно-сагиттальной плоскости и автоматическое измерение ТВП, это снизит вариабельность при ее оценке и даст больше уверенности даже начинающим пользователям.

\* NT – Nuchal Translucency

## Преимущества технологии Volume NT™:

- Точное автоматическое обнаружение срединно-сагиттальной плоскости
- Автоматическое измерение ТВП
- Повторная оценка изображения с помощью сохраненных объемных данных

ACCUVIX V20  
MEDISON



ЗАО «Медиэйс», официальный дистрибьютор Самсунг Медисон  
127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3.  
Тел.: (495) 921-39-81, 785-72-20,  
www.medison.ru, e-mail: info@medison.ru

SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG



## Гистероскопия - теперь и в Татарстане

**Новый вид высокоточной диагностики женских заболеваний стал доступен жителям Татарстана. По инициативе Минздрава РТ в казанской городской клинической больнице №7 и городской поликлинике №4 «Студенческая» были оборудованы кабинеты гистероскопии, оснащенные по последнему слову техники.**

Гистероскопия - это обследование матки при помощи специальной оптической системы, которую вводят через влагалище. Врачи погружают в тело женщины тоненькую трубочку-тубус толщиной 3 - 5 мм, в которой содержится оптическое волокно, а на самом конце - миниатюрная видеокамера. Через тубус гинеколог может осматривать полость матки при помощи диагностического прибора - альфаскопа. После установки системы полость матки заполняется специальным раствором, чтобы ее стенки расправились. Таким образом врачи могут внимательно осмотреть внутренние поверхности женского

органа и выдать точное заключение. А при необходимости альфаскоп позволяет проводить и небольшие хирургические операции, брать образцы тканей на исследование.

- Уникальность диагностического метода в том, что он позволяет в течение часа выявить любую патологию в полости матки, будь то деформация шейки, наличие спаек, опухолей или полипов, - говорит заместитель главного врача по акушерству и гинекологии городской клинической больницы №7 Евгений Савельев. - Альфаскопы с тубусами небольшого сечения позволяют проводить исследования без расширения анатоми-

ческого цервикального канала, поэтому обследование проходит безболезненно. Если есть необходимость в биопсии или требуется удалить нарост, альфаскоп можно использовать в хирургических целях. Для этого в тубусе предусмотрено технологическое отверстие для установки механических инструментов - щипцов, ножниц и зажимов. Врач получает возможность провести микрохирургическое вмешательство без проведения полостных операций, при которых разрезают стенку живота, а затем и матку. А это позволяет лечить женщин репродуктивного возраста с минимальным риском появления бесплодия.

Стандартный набор кабинета гистероскопии включает диагностическую стойку, альфаскоп, набор тубусов и механических инструментов. Все оборудование производства Johnson & Johnson - американской компании с безупречной репутацией. Не исключено, что впоследствии для гинекологов также закупят и электрохирургические генераторы с электродами, которые позволяют выполнять почти полный спектр хирургических вмешательств в матке без проведения полостных операций. Оснащенный таким образом медицинский кабинет сможет оказывать комплекс медицинских услуг, которые сегодня доступны только в стационарах. А ведь для того, чтобы лечить в больницу, женщине необходимо получить больничный лист, сдать анализы, решить бытовые проблемы в семье, которые неизбежно возникают при долгом отсутствии хозяйки.

При открытии кабинетов гистероскопии выбор на 7-ю горбольницу и студенческую



поликлинику пал не случайно. Первое лечебное учреждение на сегодняшний день является лидером по оказанию высокотехнологической медицинской помощи. К тому же во время Универсиады-2013 здесь будут получать медпомощь участники спортивных состязаний. Студенческую поликлинику оснастили современным оборудованием по понятным причинам - здесь обследуются учащиеся вузов, будущие матери, цвет татарстанской молодежи.

Высокие технологии в диагностике женских болезней будут применяться не только в столице Татарстана, сегодня прорабатывается вопрос открытия кабинетов гистероскопии в районных клиниках. Ожидается, что в первую очередь современные альфаскопы закупят Альметьевская, Буинская и Нурлатская ЦРБ, а также Перинатальный центр Чистопольского района и городская поликлиника №4 Набережных Челнов.\*



# Специализированный CO<sub>2</sub>-лазерный гинекологический комплекс Lumenis

## в практике врача-гинеколога

**В последние годы лазерные системы все больше входят в круг необходимых инструментов в руках практикующего врача. Огромные возможности раскрывает применение лазерных технологий в гинекологической практике. В чем же преимущество использования лазерных методов лечения?**

**Традиционно в хирургии используют CO<sub>2</sub>, гольмиевые и диодные лазеры. Какую же лазерную систему выбрать врачу-гинекологу?**

Анализируя опыт, накопленный зарубежными и российскими практикующими гинекологами, видно, что наибольшее применение в кольпоскопической и лапароскопической практике нашли CO<sub>2</sub>-лазерные системы со специализированными сканирующими системами SurgiTouch и специальными микроманипуляторами, которые вместе с кольпоскопом и/или лапароскопом составляют единый гинекологический комплекс, обеспечивающий врачу возможность осуществлять визуальный контроль за проведением процедуры через кольпоскоп и/или лапароскоп.

**Какие процедуры может проводить гинеколог с использованием лазерного комплекса?**

- **Кольпоскопические процедуры:**
- Лечение эрозии шейки матки.
- **Лапароскопические процедуры:**
- Эндометриоз.
- Абдоминальные адгезии.
- Внутриматочные миомы, спайки, полипы.
- Трубная обструкция.
- Овариальные кисты.
- Дистальные патологии труб и др.
- **Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN).**
- **Вагинальные интраэпителиальные неоплазии (VIN).**
- **Кондиломы.**
- **Цервикальные опухоли (CIS).**

Рассмотрим составляющие гинекологического комплекса:

## 1. CO<sub>2</sub>-лазерный аппарат 30С LUMENIS со специализированной сканирующей системой SurgiTouch

SurgiTouch оптимизирует лазерные пучки для полного спектра лапароскопических, кольпоскопических операций и операций с ручными манипуляциями. Области применения включают вапоризацию эндометриозных имплантантов в особо труднодоступных местах, таких как кишечник; фимбриопластику; сальпингостомию; вапоризацию кист; лазерную хирургию CIN, VIN и VAIN; а



также лечение генитальных бородавок у женщин и мужчин. Точность воздействия, гемостатический эффект с минимальным некрозом окружающих тканей – все эти факторы обеспечивают быструю реабилитацию пациентов.

### Преимущества:

- Высокоэффективная специализированная хирургическая установка для гинекологии.
- Локальность воздействия и точный подвод лазерной энергии в операционной зоне (прецизионность воздействия).
- Некроз окружающих тканей минимален (0,1 - 0,2 мм).
- Сухое операционное поле, кровотечение отсутствует.
- Быстрое заживление.
- Узкая (0,1 - 0,2 мм) зона термонекроза

за формирует защитный биологический барьер – обеспечивает надежное препятствие для микрофлоры и инфекций.

- Уменьшение послеоперационных болей, отсутствие отека и осложнений, быстрый период реабилитации.
- Без отека и послеоперационных осложнений.
- Сокращается объем необходимой анестезии.
- Системы используются для коагуляции, резки и абляции мягких тканей.
- Сокращение сроков лечения (амбулаторное проведение процедур).
- Компьютеризированные микропроцессорные сканеры SurgiTouch имеют специализированные программы для

гинекологии и дают возможность выбрать оптимальные параметры лазерного воздействия в зависимости от типа процедуры, позволяя работать со специальным режимом послойной абляции биотканей без обугливания.

- Пространственно-временное сканирование фокусирующего пучка по поверхности биоткани.
- Диаметр рабочего поля – 1,5 - 4 мм.
- Время воздействия «псевдоимпульса» на ткань – менее 1 мс (меньше времени термической коагуляции).
- Регулируемая длительность скана – 0,05 - 0,025 с.
- Исключает рубцевание ткани и ускоряет процесс заживления после лазерной гинекологической процедуры.

• Имеет возможность вариации соотношения между долями лазерной энергии, используемой для абляции и коагуляции тканей (обеспечивает как высокую скорость абляции, так и надежную коагуляцию) при любой гинекологической процедуре.

• Высокая мощность лазерной системы (30 или 40 Вт) обеспечивает возможность работы как в амбулаторной, так и в лапароскопической гинекологии.

• Имеет специальные устройства сопряжения и центрирования лазерного пучка для кольпоскопии и лапароскопии с контролем и отображением параметров на ЖК дисплее. Совмещается с любыми кольпоскопическими и лапароскопическими инструментами ведущих мировых производителей.

- Широкий выбор аксессуаров.
- Снижение себестоимости лечения.
- Более 25 лет международного опыта в гинекологической практике.

## 2. Микроманипулятор и кольпоскоп

Использование микроманипулятора позволяет сопрягать и центрировать лазерный пучок для кольпоскопии и лапароскопии с контролем и отображением параметров на ЖК дисплее. Совмещается с любыми кольпоскопическими и лапароскопическими инструментами ведущих мировых производителей.

Использование кольпоскопа KAPS SOM 52 (Германия), имеющего специальные адаптеры для подсоединения к гинекологическому комплексу, позволяет проводить как диагностику пациента перед процедурой, так и осуществлять контроль за непосредственным воздействием лазерного излучения на патологический очаг в процессе процедуры.

Применение в гинекологической практике первого специализированного лазерного гинекологического комплекса позволило врачу-гинекологу амбулаторно и безболезненно, с максимальной эффективностью и безопасностью производить хирургическое вмешательство с существенным сокращением времени проведения операции, обеспечивая пациенту минимальное время реабилитации, а медицинскому центру – максимальную загруженность, быструю окупаемость, что обеспечивает высокую рентабельность использования гинекологического комплекса в клинической практике. \*

## ARCADIS MEDICAL GROUP



- Комплексный подход к оснащению лечебных учреждений
- Оказание консультационных услуг по медицинскому оборудованию
- Поставка, монтаж и ввод в эксплуатацию медицинского оборудования
- Проведение гарантийного и послегарантийного обслуживания



**Энгель ХАСАНОВ,**  
главный внештатный эндокринолог  
Министерства здравоохранения Республики Татарстан,  
доцент кафедры госпитальной терапии с курсом  
эндокринологии КГМУ, к. м. н.

## Когда йод в дефиците

Практически вся территория России является йододефицитной, в том числе и Республика Татарстан, что было доказано нашими учеными еще в 30 - 40-е годы прошлого века.

**Йод - незаменимый микроэлемент, который необходим для синтеза гормонов щитовидной железы, его недостаток может привести к развитию патологических процессов, наиболее распространенным из которых является эндемический зоб - увеличение размеров щитовидной железы с параллельным снижением продукции тиреоидных гормонов.**

Сам термин «эндемический зоб» появился после того, как было отмечено, что у населения, проживающего в местности, где наблюдается дефицит йода в почве, увеличение щитовидной железы носит массовый характер. Развитие эндемического зоба у взрослого человека может привести к сдавливанию соседних органов и, как

следствие, затруднению глотания, дыхания. Заболевание может привести к нарушению функционирования дыхательной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта. Разрастание ткани железы зачастую происходит с образованием узлов - аденом, которые могут перерождаться в злокачественные новообразования. Статистика показывает, что у населения, проживающего в эндемичной по зобу местности, чаще встречается рак щитовидной железы.

Многочисленные исследования йододефицитных состояний позволили значительно расширить список заболеваний, обусловленных недостатком этого микроэлемента, - установлено влияние на течение беременности (отмечается корреляция с



### Профилактика развития эндемического зоба

В целях профилактики «Микройодид» можно принимать в течение нескольких месяцев, лет или на протяжении всей жизни.

**Новорожденным и детям:**  
50 - 100 мкг йода  
(0,5 - 1 таблетка) в день.

**Подросткам и взрослым:**  
100 - 200 мкг йода  
(1 - 2 таблетки) в день.

**При беременности и в период грудного вскармливания:**  
150 - 200 мкг йода  
(1,5 - 2 таблетки) в день.

частотой выкидышей), развитие плода, рост ребенка.

Основной функцией йодосодержащих тиреоидных гормонов на внутриутробном этапе развития плода является влияние на дифференцировку тканей, в частности, под их влиянием закладываются и формируются основные функции головного мозга. На фоне тяжелого дефицита йода возможно развитие врожденного гипотиреоза - тяжелого эндокринного нарушения у новорожденных.

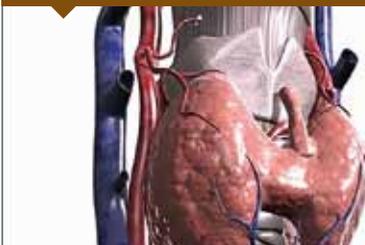
В детском и подростковом возрасте нехватка этого микроэлемента может привести к задержке физического и умственного развития, а также полового созревания - у девочек отмечается поздний приход менструаций и т. д.

Говоря о последствиях недостатка йода для женщин, стоит отметить, что гипотиреоз, который иногда протекает в скрытой форме, является одной из причин бесплодия. Гормональные нарушения могут приводить и к мастопатии.

Эндемический зоб выявляется при внешнем осмотре передней поверхности шеи, для подтверждения подозрения проводится УЗИ. Выборочно может проводиться анализ мочи с определением количества выделяемого йода, что позволяет выявить наличие его дефицита.

Йод в наш организм поступает, в основном, с пищей. Как уже упоминалось ранее, почвы нашего региона содержат мало этого микроэлемента, соответственно, также

## НАЗНАЧЕНИЕ



### Лечение диффузного эутиреоидного зоба

**Новорожденным, детям и подросткам: 100 - 200 мкг йода (1 - 2 таблетки) в день.**

**Взрослым пациентам молодого возраста: 300 - 500 мкг йода (3 - 5 таблеток) в день.**

невелико его количество и в зерновых культурах (хлебе), мясе, молочных продуктах. Восполнить недостаток йода помогает расширение рациона питания за счет морепродуктов - морской рыбы, кальмаров, креветок, морской капусты и т. д. - хотя бы 1 - 2 раза в неделю. В качестве массовой профилактики йододефицита рекомендуется использование йодированной поваренной соли.

Эффективным способом профилактики является применение йодосодержащих препаратов. В свое время я активно ратовал за то, чтобы в Татарстане было налажено производство подобных лекарств, и рад, что это удалось сделать. «Микройодид» от предприятия «Татхимфармпрепараты» ничем не уступает зарубежным аналогам, но при этом существенно выигрывает в цене.

Специалистами были определены категории населения, которым особенно важно регулярно принимать препараты йода. Это, прежде всего, представительницы прекрасного пола, чья детородная функция связана с функционированием щитовидной железы. Особенно важно принимать йодосодержащие лекарства в период беременности и кормления. Начинать прием «Микройодида» рекомендуется минимум за три месяца до запланированной беременности, что позволит избежать дефицита йода в самые важные первые месяцы беременности. Вторая большая категория, которой важно принимать препараты йода, - это дети, и особенно подростки, чей организм находится в состоянии активного развития. Суточную дозу препарата следует принимать в один прием после еды, запивая большим количеством жидкости.

«Микройодид». МНН: Калия йодид. 1 таблетка содержит активное вещество - калия йодид - 0,0001308 г, что соответствует 100 мкг йода; вспомогательные вещества: молочный сахар, сахар-рафинад, кальция стеарат, аэросил. \*





# Маммопластика мирового уровня

## Европейские гранды пластической хирургии посетили Казань в рамках Первой международной школы маммопластики.

На три дня столица Татарстана стала местом встречи хирургов-маммологов, онкологов и пластических хирургов со всей России, а также из Украины, Казахстана, Белоруссии, Киргизии, Таджикистана, Узбекистана, Эстонии, Латвии. Лекции и мастер-классы, проходившие в рамках школы маммопластики, посетили почти 400 человек, около половины из которых приехали из других городов и стран. Интерес к мероприятию понятен - редко, когда на одной площадке можно одновременно встретить столько ведущих мировых специалистов в сфере реконструктивной хирургии. Лекторами выступили Маурицио Бруно Нава - руководитель отдела пластической хирургии Национального института рака Милана, эксперт по международным исследованиям в Центре сотрудничества ВОЗ по лечению меланомы, профессор кафедры хирургии Аргентинского Папского католического университета Пресвятой Марии Буэнос-Айреса; Альберто Ранкати - доцент кафедры пластической хирур-



гии Университета Буэнос-Айреса, директор образовательного курса по онкопластической хирургии в Католическом университете Аргентины; Пьетро Беррино - профессор кафедры пластической хирургии университета Генуи; Филипп Блондил - профессор кафедры пластической хирургии в городе Гент, Бельгия; Алексей Боровиков - профессор, член Международной конфедерации пластических и эстетических хирургов, Международного общества реконструктивной хирургии.

Наряду с лекциями, посвященными реконструкции молочной железы, в программу школы вошли видеосессии по аугментации, мастопексии и масторедукции. Особый интерес вызвали показательные операции, на которых велась прямая трансляция с возможностью двухстороннего диалога.

«Пластические операции на груди стабильно входят в тройку лидеров в общем объеме пластических хирургических вмешательств, - отметил первый заместитель министра здравоохранения РТ Адель Вафин. - Связано это с тем, что заболеваемость раком молочной железы растет, и ее утрата - всегда тяжелая психологическая травма для женщины. Поэтому количество операций по восстановлению груди увеличивается и у нас, и во всем мире. Задача каждого хирурга - сделать эти вмешательства максимально успешными.

Данная школа предоставляет возможность ведущим специалистам обсудить вопросы улучшения качества операций».

В нашей стране пластическая хирургия была выделена как отдельная специальность относительно недавно. В то же время, например, ни один крупный онкологический центр в Европе и США, как правило, не обходится без такого специализированного отделения. Реконструктивные и эстетические операции становятся очередным этапом оказания медицинской помощи больным раком молочной железы, при этом с каждым годом вмешательства становятся менее травматич-



ными для женщины, а их эффект - все более впечатляющим.

Доклад одного из ключевых спикеров мероприятия - профессора Навы - назывался: «Заполнят ли новые технологии пробел между мастэктомией и органосохранными операциями?». Healthy Nation поинтересовался у него, о каких именно технологиях идет речь, и как он лично оценивает современные достижения эстетической и реконструктивной медицины.

«Органосохранным операциям около 70 лет, - ответил Маурицио Бруно Нава. - Мы видим все более эстетичные результаты лечения онкологии. Во-первых, разработаны самые сложные методики, которые позволяют с чисто хирургической точки зрения решать множество проблем. Во-вторых, у нас появились новые импланты, в том числе с памятью формы, например. Новые поколения синтетических изделий как небо и земля отличаются от того, что мы имели 30 лет назад. В-третьих, у пластических хирургов сегодня есть в распоряжении синтетические заменители кожи. В-четвертых, у нас появился жир (имеется в виду липофилинг. - Прим. ред.). Но в основе всего лежат, конечно, хирургические методы, благодаря которым мастэктомия становится все более щадящей. Сложите вместе все перечисленное, и вы получите, что результаты самого радикаль-

ного лечения рака молочной железы будут мало отличаться от даже весьма скромных по радикальности операций, достигая все большей эстетичности и естественности. Таким образом, пробел между мастэктомией и органосохранными операциями сегодня становится все меньше, благодаря инновациям. Новые методы лечения должны быть обоснованы и войти в учебники».

Липофилинг - метод, который стал применяться в мировой практике маммопластики несколько лет назад. Пьетро Беррино: «Внедрение этой методики стало настоящей революцией. В 80-х годах пластические хирурги активно использовали экспандеры, 90-е стали временем развития, улучшения качества и возможностей имплантов, новое тысячелетие началось с липоструктур. Сегодня эта концепция может быть применена практически ко всем лечебным хирургическим ситуациям. При восстановлении груди липофилинг, прежде всего, обеспечивает достаточный объем, что является одним из важнейших моментов операции. При этом он дает достаточно стабильные результаты».

По словам профессора Навы, одним из ключевых критериев получения хорошего результата реконструктивного вмешательства является подбор правильной стратегии лечения и грамотное планирование: «Вы должны



думать о предсказуемых результатах, о размерах. Имея дело с имплантом, необходимо понимать, сколько геля нужно ввести, как он поведет себя во время операции, как будет распределяться, какую форму примет. Нужно тщательно планировать ход операции. С другой стороны, пациентка должна понять, какая область груди будет удалена, степень косметического эффекта.

Для того чтобы достичь положительных результатов, нужна хорошая команда, мы можем работать вместе с пластическими хирургами. Вообще, хирург молочной железы - специалист, который занимается именно этим направлением. Словом, все пластические хирурги могут производить реконструкцию груди, но - не все общие хирурги. Это должны быть мотивированные врачи, готовые работать вместе на результат, для этого нужно четко определить протоколы, кто за что отвечает».

По словам главного онколога РТ, главврача Республиканского клинического онкологического диспансера Рустема Хасанова, сегодня в нашей республике применяется весь спектр реконструктивных оперативных вмешательств в маммологии. При этом большинство операций проводятся за счет бюджета Татарстана и федеральных средств. В прошлом году в маммологическом отделении диспансера было установлено около 100 имплантов, проведено примерно 200 реконструктивных операций. В этом году в рамках высокотехнологичной медицинской помощи объемы выполнения операций по установке имплантов будут увеличены в три раза, что, возможно, позволит покрыть все потребности в реконструктивной маммопластике.



# Sarcoidosis

## Саркоидоз

**СРЕДИ РАБОТ-НОМИНАНТОВ, ВЫДВИНУТЫХ ДЛЯ УЧАСТИЯ В КОНКУРСЕ НА СОИСКАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ 2012 ГОДА, ПРЕДСТАВЛЕН И ИТОГ МНОГОЛЕТНЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕИЗВЕСТНОЙ ПРИРОДЫ С ЛЕЧЕНИЕМ, НЕ ИМЕЮЩИМ ПОКА ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ, - САРКОИДОЗА.**

Официальное название работы - «Совершенствование диагностики, лечения и организации помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан» (авторский коллектив: Александр Визель - руководитель, Алексей Созинов, Ростислав Туишев, Владимир Потанин, Наиль Амиров, Раиса Гуслякова, Индус Сафин).

Идея выдвижения этого коллектива принадлежит академику РАМН, главному терапевту России Александру Григорьевичу Чучалину. После выхода федеральной монографии «Саркоидоз» академик заметил, что две предыдущие монографии по саркоидозу, подготовленные академиками Александром Ефимовичем Рабухиным и Александром Григорьевичем Хоменко, были удостоены Государственных премий страны. Предложение было поддержано Ученым советом Казанского медицинского университета, и материалы были направлены в комиссию при Президенте Республики Татарстан по Государственным премиям Республики Татарстан в области науки и техники.

Коллектив, работающий с саркоидозом в Татарстане, очень многоплановый. Это пульмонолог, лидер направления профессор А. А. Визель, занимающийся саркоидозом с 1980 года, терапевты - Н. Б. Амиров, Р. П. Гуслякова, И. Н. Сафин, внесшие заметную «внелегочную составляющую» в работу, хирурги - Р. И. Туишев, В. П. Потанин, ставшие гарантами верификации диагноза разных локализаций, инфекционист и биоэтик А. С. Созинов, в работах которого получили отражение проблемы ятрогенных саркоидных реакций. Вклад каждого гармонично сложился в большой многолетний творческий поиск - диагностика, верификация, лечение, организация оказания помощи.

Актуальность работы была обусловлена рядом причин. Прежде всего - изменением отношения мирового научного медицинского сообщества к саркоидозу. В Международной классификации болезней-9 его относили к инфекциям, а в МКБ-10 - к патологии системы иммунитета. В 90-е годы казалось, что пребывание этих больных в противотуберкулезных диспансерах - удобное и логичное решение, все они находились на дорогостоящих фтизиатрических койках и получали системные стероиды в сочетании с противотуберкулезными препаратами. В 2003 году в России эта практика была прекращена упразднением VIII группы диспансерного учета. В Татарстане с 2001

года был реализован альтернативный подход к саркоидозу в Межрегиональном клиничко-диагностическом центре и Республиканской клинической больницы при малоинвазивной видеоторакоскопической верификации в Республиканском онкологическом диспансере. Кроме того, именно в республике был отработан оптимальный режим применения пентоксифиллина при саркоидозе, оценены эффективность и безопасность лечения метотрексатом. Существенной частью работы была оценка функционального состояния дыхательной системы с использованием как рутинных (спирометрия, пульсоксиметрия), так и более глубоких методов исследования (бодиплетизмография, оценка диффузионной способности легких и другие). И, наконец, в течение 10 лет существует регистр больных саркоидозом, который пополняется практически ежедневно благодаря работе членов этого коллектива и поддержке Министерства здравоохранения РТ (порядок регистрации и наблюдения больных сар-



койдозом определен приказом министра). Экономический и социальный эффект работы состоит в значительном сокращении времени диагностического процесса, радикального уменьшения (или исключения) пребывания пациентов в стационарах, сведения к минимуму так называемой пробной терапии и устранения риска суперинфицирования туберкулезом больных, получающих иммуносупрессивную терапию.

В настоящее время работа проходит широкое общественное обсуждение. На этапе выдвижения положительные рецензии и рекомендации дали заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой пульмонологии ГБОУ ДПО РМАПО МЗСР России, вице-президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), профессор, д. м. н. Александр Синопальников и профессор кафедры фтизиопульмонологии Уральской государственной медицинской академии, научный руководитель клиники ГКБ №33 г. Екатеринбурга и Екатеринбургского филиала НИИ пульмонологии, главный пульмонолог Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранения г. Екатеринбурга, президент Российского респираторного общества, д. м. н. Игорь Лещенко.

При определении учреждения, проводящего общественное обсуждение работы, комиссия встретила с необычной проблемой. Члены коллектива имели широкий круг сотрудничества со специалистами Татарстана и России, занимающимися проблемами саркоидоза и легочных диссеминаций. С такими национальными лидерами по саркоидозу, как профессора Евгений Шмельёв, Сергей Борисов, Борис Дауров, Игорь Степанян, у номинантов оказались общие публикации и научные выступления. Более того, коллектив имел общие работы с голландскими и амери-



**Существенной частью работы была оценка функционального состояния дыхательной системы с использованием как рутинных (спирометрия, пульсоксиметрия), так и более глубоких методов исследования (бодиплетизмография, оценка диффузионной способности легких и другие).**

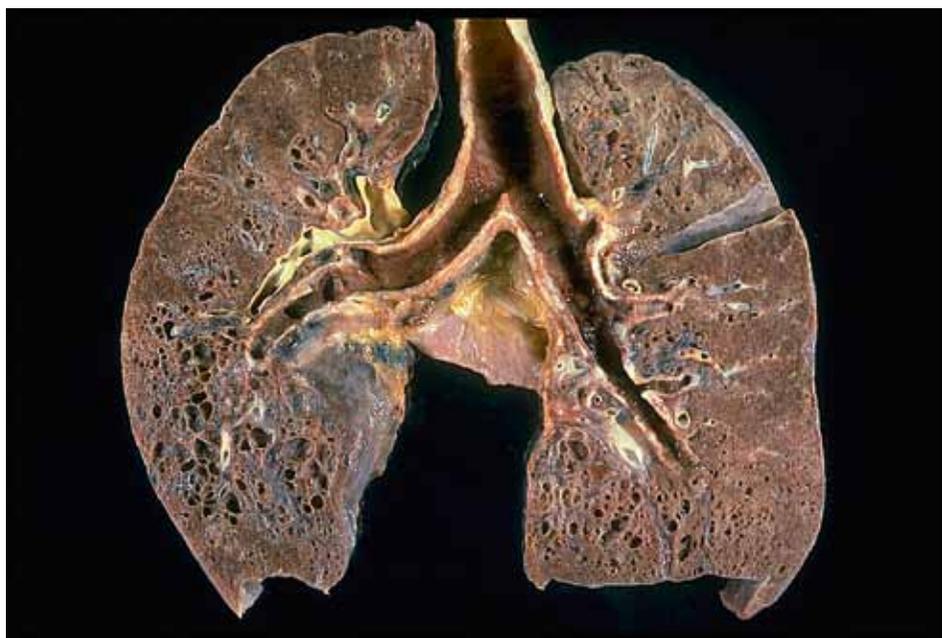
канскими «саркоидологами». В связи с этим выбор пал на Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии МЗСР РФ, с сотрудниками которого у членов коллектива не было совместных работ и проектов. 26 июля состоялись слушания, в которых приняли участие 27 членов Ученого совета НИИ, а также профессора из других

учреждений Санкт-Петербурга и Архангельска. Обсуждение длилось более двух часов, вызвало живой интерес.

В заключительном обсуждении профессора Александр Иванов, Всеволод Цинзерлинг и Петр Яблонский отметили научную, практическую и организационную значимость работы и оценили ее как достойную присуждения искомой премии. Высокую оценку получило создание регионального регистра больных, закрепленного на республиканском уровне приказом министра здравоохранения. Тайное голосование завершилось единогласной поддержкой выдвигаемой работы.

Обсуждение научного труда продолжается, но и исследование саркоидоза в нашей республике не останавливается. Ведутся серьезные работы по изучению прогноза течения саркоидоза в Татарстане с использованием современных математических моделей.

К этому исследованию, инициализированному коллективом, присоединилось 12 субъектов Федерации, что позволит сопоставить региональные особенности течения заболевания и различные режимы терапии. Развивается хирургическое направление, которое обеспечивает верификацию диагноза наименее инвазивным путем. В октябре 2012 года эти исследования будут обсуждаться на Национальном конгрессе по болезням органов дыхания в Москве, на трех научных форумах Республики Татарстан.





# Удобно - пациентам, Выгодно - больнице

## Системы для защиты стен и деформационные швы теперь изготавливают в Казани

### ВСТРЕЧАЮТ ПО ОДЕЖКЕ

С приданием многим медицинским центрам статуса автономных, экстерьер и интерьер больниц стали вопросами не только эстетическими, но и вполне материальными. Встречают у нас, как известно, по одежке, и клиент, мало разбирающийся в медицинских манипуляциях и терминах на латыни, охотнее заплатит учреждению, которое производит приятное впечатление. Поэтому хороший ремонт сейчас также нужен, как и всем известная американская улыбка.

Но отделочные работы, стоящие немалых денег, в условиях больницы можно быстро свести к нулю, особенно там, где есть выступающие углы. Носилки, каталки, кресла-коляски, передвижное медицинское оборудование обладают достаточной кинетической энергией, чтобы разрушить стену из гипсокартона или ободрать штукатурку. В конструкции отбойника, производимого

казанской компанией «Арфен», предусмотрены амортизационные элементы, которые поглощают удары, а его декоративная поверхность обладает устойчивостью к царапинам. Если какой-либо элемент системы все-таки будет поврежден, его можно легко заменить.

Любое медучреждение - это место с большой посещаемостью, со свойственным ему быстрым загрязнением, истиранием покры-

тий стен. Отбойники решают и эту проблему, а к тому же дают опору пациентам при передвижении. Пластиковое покрытие обладает антибактериальными и антистатическими свойствами, что подтверждается соответствующими сертификатами. Благодаря этому системы защиты стен охотно устанавливают в перинатальных центрах (Ставрополь, Чита, Ярославль), а также на медицинских объектах Олимпиады и Универсиады.

### СОХРАНЯЯ ИМУЩЕСТВО

Одной из последних новинок компании стала система защиты стен для автомобильных парковок. Резиновые отбойники защищают стены и углы помещений парковок (либо других мест скопления автотранспорта) от повреждений и износа, а также от механических повреждений машины при возможном соударении. Водители легко смогут увидеть их благодаря светоотражающим элементам изделия. Разумеется, наибольший интерес эта система вызывает у торговых центров, но и медицинские учреждения сегодня - особенно больницы «Скорой помощи» - имеют солидный автопарк, о сохранности которого стоит позаботиться. А в местах, где оказываются платные медицинские услуги, необходима удобная парковка для клиентов.

В настоящее время благодаря программе модернизации здравоохранения многие

### ПРЕИМУЩЕСТВО

Организация производства в России позволила казанской компании потеснить с рынка отбойников для медицинских учреждений европейскую и американскую продукцию благодаря достойному качеству и меньшей цене.



## Оборудование

лечебно-профилактические учреждения активно занимаются капитальным ремонтом, реконструкцией и строительством новых корпусов. Здания также нуждаются в защите. Уникальным предложением на российском строительном рынке стала система деформационных швов от казанского производителя, которая содержит более 400 возможных элементов для любых конструкций (у конкурентов, как правило, не более 25).

«Здание имеет свойство менять свои размеры при переходе зима-лето, его геометрия может быть непостоянной, - объясняет Айдар Вафин, генеральный директор компании. - Чтобы при этом избежать разрушения конструктивных элементов и отделки здания, деформационные швы должны быть во всех проектных щелях и проемах. Это требование ГОСТов еще с советских времен, но сегодня оно соблюдается не всеми, щели просто заполняют монтажной пеной, что приводит к частым и дорогостоящим ремонтам».

Деформационный шов предназначен для уменьшения нагрузок на элементы конструкций в местах возможных деформаций, возникающих при колебании температуры воздуха, сейсмических явлениях, неравномерной осадки грунта и других воздействий, которые снижают несущую способность. Представляет собой своего рода разрез в конструкции здания, разделяющий сооружение на отдельные блоки и, тем самым, придающий ему некоторую степень упругости. С целью герметизации заполняется эластичным изоляционным материалом.

### ПРОИЗВОДИТЬ В РОССИИ - ВЫГОДНО ДЛЯ ВСЕХ

Начав деятельность с поставок отбойников турецкого производства, ООО «Арфен» в июне 2012 года открыло собственное производство строительных и расходных материалов в Казани, комплектующие для которого изготавливаются по всей России - от Ростова до Красноярска.

## ТЕХНОЛОГИЯ



### Деформационный шов

предназначен для уменьшения нагрузок на элементы конструкций в местах возможных деформаций, возникающих при колебании температуры воздуха, сейсмических явлениях, неравномерной осадки грунта и других воздействий, которые снижают несущую способность.



«Для наших клиентов это событие имеет только положительные стороны, - утверждает Айдар Вафин. - Снижается себестоимость продукции, исключаются таможенные сборы, и, как следствие, конечная цена становится более привлекательной. На объекте в Ставрополе дилеры французской компании предложили реализовать проект за 6,5 млн рублей, мы же взяли себя сделать то же самое за 3 млн рублей. Как говорится, почувствуйте разницу».

Тот же самый принцип реализует компания при разворачивании производства медицинских консолей. Прикроватная консоль SSS32-N18 включает в себя кислородное оборудование, управление освещением, климатическим оборудованием, кнопку вызова медсестры и другое оборудование, поставляемое из Финляндии. Продукция казанского производителя имеет значительное преимущество в цене.

Сроки поставки уменьшаются до трех недель в сравнении с 2 - 3 месяцами у поставщиков из-за границы. И, конечно, проще решаются вопросы контроля качества изделия и гарантийного обслуживания.

### НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Компания «Арфен» - быстро растущая, по-молодому азартная компания, у которой много интересных и перспективных проектов. Например, сейчас она развивает направление одноразовых медицинских емкостей. Одноразовые утки и подкладные судна помогут пациентам, не имеющим возможности самостоятельно передвигаться и посещать туалет, справиться свои нужды. И одновременно облегчат работу персонала больницы. Изделия выполнены из современных антибактериальных материалов с учетом анатомических особенностей тела человека. Одноразовое использование емкостей обеспечивает гигиеничность, эстетичность и комфорт для пациентов.

# Медицина катастроф

→ Emergency

## Казань стала площадкой V Российско-немецкого симпозиума

Массовые мероприятия - спортивные, культурные, религиозные или политические - всегда обладают потенциалом развития в сторону чрезвычайной ситуации, что требует заблаговременной системной подготовки медицинских служб.



### МАСШТАБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ - КАК ВЫЗОВ И КАК ШАНС

В симпозиуме, прошедшем в Образовательном центре высоких медицинских технологий в Казани, приняли участие представители МЧС РТ, МВД по РТ, Роспотребнадзора по РТ. Здесь были рассмотрены различные вопросы организации медицинского обеспечения крупных мероприятий. Немецкая сторона поделилась опытом организации Чемпионата мира по футболу 2006 года. Россия представила опыт ликвидации последствий террористических атак и военно-полевой медицины, накопленный в горячих точках. А также опыт медицинского сопровождения спортивных и культурных мероприятий в различных условиях - от гор Кавказа до берегов Волги.

Разумеется, эта информация для руководителей и специалистов здравоохранения Татарстана имела особый смысл - как опыт, который можно использовать в подготовке к Универсиаде-2013. Важность мероприятия отметил министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов:

- Я очень рад тому, что Республика Татарстан была выбрана в качестве площадки, которая принимает конференцию. Для нас этот опыт чрезвычайно полезен. Мы один из субъектов РФ, который добился очень значимых результатов по снижению смертности населения, в росте рождаемости, и в течение уже второго года в республике отмечается серьезный естественный прирост населения.

При этом мы, к сожалению, должны отметить огромную проблему - не снижающийся и даже несколько увеличивающийся рост травматизма и смертности от ДТП. Это свидетельствует о том, что именно в этом направлении нам и необходимо принять самые серьезные межведомственные усилия, и именно это направление станет приоритетным на ближайшее время.

Представитель министерства здравоохранения ФРГ доктор Петер Помпе сказал:

- Большие спортивные мероприятия являются, с одной стороны, серьезным вызовом, но, с другой стороны, хорошим поводом для того, чтобы сделать систему оказания медицинской помощи более эффективной. Многие экстренные ситуации, с которыми врачи не сталкиваются в повседневной жизни, при подготовке к спортивным мероприятиям мы отрабатываем. Это помогает нам быть более подготовленными.

### МОБИЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ «50»

Манфред Канзлер, пожарная служба Гамбурга:

- При подготовке к проведению Чемпионата мира по футболу 2006 г. мы заново пересмотрели все наши стандарты, чтобы они соответствовали ситуации, при которой возможно ЧП с большим количеством пострадавших, когда нам придется работать на грани своих возможностей. Федеральные земли совместно с федеральными ведомствами разработали инструментарий, расписания, снабдили необходимыми материалами службы, которые ликвидируют последствия ЧП. Одним из таких инструментов является мобильный госпиталь «50» - стандартный автономный инструмент службы спасения, рассчитанный на оказание помощи 50 пострадавшим в час (а всего 250 человек).

Госпиталь состоит из отдельных модулей, и его можно перевозить по воздуху с помощью авиации или автотранспортом. Это позволяет создать на месте происшествия необходимое сосредоточение сил и средств, при этом каждая единица госпиталя способна работать самостоятельно. Комплектация госпиталя позволяет осматривать пострадавших, оказывать им первую помощь и готовить их к перевозке в стационары. В Гамбурге есть четыре крупных автомобиля с комплектами госпиталя, таким образом, за час мы можем осмотреть и оказать помощь 200 пациентам, а всего - 1000 пострадавших. Это число было рассчитано, исходя

из возможного количества пострадавших на стадионе как 2% от его вместимости.

Модули службы спасения готовятся сразу, как только поступает сигнал службе спасения или пожарной службе, вместе с ними отправляется команда техников, которые собирают госпиталь за 30 минут и затем осуществляют логистику на месте.

Пострадавшие сортируются на категории - тяжелые повреждения, средние и незначительные - и направляются в палатки, отмаркированные красным, желтым и зеленым цветами, соответственно. После оказания первой медицинской помощи пациентов отвозят в профильные больницы по степени тяжести и видам травм. Главная наша цель, чтобы хаос, который неизбежен на месте происшествия, не переносился в клиники.

Преимуществом модульного способа организации госпиталя является возможность работы с каждым модулем отдельно, они автономны. Уже при сборке госпиталя мы можем очень гибко реагировать на соответствующие изменения сценария, на особенности происшествия. При радиационном или химическом заражении у нас существуют модули, где будут проводиться деконтаминация пациентов, прежде чем они попадут в общий госпиталь.

### ЗАДАЧИ РУКОВОДЯЩЕГО ВРАЧА

Годо Савински, врач противопожарной службы Гамбурга:

- Во время масштабных происшествий главная проблема состоит в том, что врач, который руководит действиями спасательной службы, как правило, не умеет этого делать. У врача есть рефлекс - сразу же заняться первым попавшимся пациентом, и он теряет из внимания всех остальных.

В связи с этим вводится должность руководящего врача, который ответственен за сортировку пациентов, за снабжение ресурсами места ликвидации ЧС, за транспортировку пострадавших в нужную больницу. Также он консультирует штаб ликвидации



ЧС. Руководящий врач привлекается, когда в происшествии пострадало более шести человек, когда в ликвидации ЧС принимают участие более двух средств спасения, или может пострадать большое количество людей, например, если происходит эвакуация какого-то района или города.

В Гамбурге сформирована группа из 16 руководящих врачей, пять из которых являются главными врачами крупных клиник. Двое коллег круглосуточно находятся в состоянии выездной готовности. Если требуется больше ресурсов или несколько групп, то тревога подается во второй раз.

У руководящего врача имеется специальный автомобиль, в котором находятся средства коммуникации, различные таблички, обозначения, средства маркировки, чтобы обозначать, где находятся пункт сбора пострадавших, пункт сбора ресурсов, резервов, – все необходимое для лучшей ориентации на месте.

Уже во время подъезда к месту ЧС руководящему врачу нужно задуматься о погодных условиях, об особенностях местности, связаться со всеми службами, которые подняты по тревоге, с диспетчерским центром. При необходимости он может ограничить движение транспортных средств, чтобы предотвратить неконтролируемый отток пациентов в близлежащие больницы, – для тяжело пострадавших в них, возможно, вообще не найдется соответствующих средств и ресурсов.

Следует оценить, насколько статичным или динамичным является ЧП, является ли оно рассредоточенным на местности или имеет один центр. При необходимости – вызвать водолазов или альпинистов, специалистов по психологической помощи. И все эти решения нужно принимать быстро.

Основой всей деятельности является структура коммуникаций – связи с диспетчерским центром и со всеми структурами, которые уже удалось выстроить в передвижном госпитале. При этом важно, чтобы у всех была единая и одинаковая инфор-

мация, чтобы мы постоянно обменивались новыми данными об изменении количества пострадавших, результатах сортировки, чтобы из диспетчерского пункта поступала соответствующая информация в больницы.

При сортировке необходимо понять, каково число пострадавших, какова морфология травм. При большом количестве пострадавших (более 50 человек) одним врачам не справиться с сортировкой, поэтому необходимы хорошо структурированный предварительный осмотр и сортировка непрофессиональным врачебным персоналом, врачи должны осуществлять уже вторичную сортировку.

Упрощенно к первой – зеленой – категории можно отнести тех пациентов, которые могут сами дойти до пункта оказания помощи. Вторая группа – желтая – те, кто лежит и еще кричат. Третья группа – красная – они лежат и уже не издадут звуков. Эта группа находится в особой опасности, это опасность для жизни, и их нужно как можно скорее отвезти в больницу.

Таким образом удается снизить смертность на месте происшествия.

На каждого пациента заводится стандартная карточка, где указываются его личные данные, на схеме отмечаются места травм, отрывные полоски помогают отметить категорию пострадавшего. Документация следует с пациентом в машине «скорой помощи». Также при проведении крупных мероприятий ведутся входящие и исходящие списки, и количество людей в них должно совпадать. Эти списки можно вести и в электронном виде. Уже есть опыт использования серверных версий, когда все врачи работают над одним списком одновременно. В системе Google maps указывается место происшествия, после чего автоматически выдается список подходящих больниц с числом свободных операционных и другими подробностями. С созданием этой системы еще есть сложности как инфраструктурного плана, так и в отношении

поддержания актуальности данных, но она очень перспективна.

#### КАК СПРАВИТЬСЯ С «НАШЕСТВИЕМ»

Валерий Шабанов, главный врач полевого многопрофильного госпиталя ФГБУ ВЦМК «Защита» (Москва), д. м. н.:

– При планировании медицинского обеспечения массовых мероприятий необходимо учитывать следующие факторы:

1. Вид и масштаб мероприятия.
2. Продолжительность мероприятия.
3. Характеристика местности или помещения.
4. Количество участников.
5. Пол и возраст участников.
6. Погодные условия.
7. Предположительная плотность участников и скорость движения.
8. Определение ЛПУ, участвующих в оказании помощи, и маршруты к ним.
9. Виды предполагаемых поражений (заболеваний).
10. Психологический фон мероприятия.

Конкретный пример – организация медпомощи участникам ежегодного рок-фестиваля «Нашествие», который проводится в Тверской области в течение четырех дней и собирает от 50 до 70 тысяч участников.

В 2011 году вся территория была разбита на 10 зон, в которых стояли машины «скорой помощи», в каждой зоне были выделены сортировочная площадка и санитарный коридор. Все машины СМП были «завязаны» на одного старшего врача.

Место проведения фестиваля находится довольно далеко от Твери (около 50 км), поэтому также был развернут полевой госпиталь из трех модулей: сортировочного, хирургического и терапевтического. К нему круглосуточно были прикреплены реанимобиль с врачебно-сестринской бригадой и две фельдшерские бригады на машинах «скорой помощи».

Объем медпомощи, которая оказывалась в полевом госпитале, включал такие виды, как электрокардиография, рентгенография, УЗИ внутренних органов, УЗИ магистральных сосудов, проведение интенсивной терапии при интоксикациях и осложненном течении острых и хронических заболеваний, сердечно-легочная реанимация с мониторингом витальных функций и противошоковой терапией и т. д.

С каждым годом количество пострадавших уменьшается, что связано с накоплением опыта проведения данного мероприятия. В 2011 году в стационар было госпитализировано 17 человек.

Терапевтическую помощь получили 336 человек. Среди нозологий преобладали солнечные ожоги I степени (42,6%), тепловой удар (22,9%), гипертонический криз (7,7%).

Хирургическую помощь получили 124 человека. Среди нозологий выделялись раны, ссадины, ушибы (33,1%), солнечные ожоги II степени (8,1%), много было повреждений связочного аппарата (34,7%) и переломов костей скелета (6,5%), что связано с неровным характером местности и алкогольным опьянением. Проведение организатором предварительной дезинфекции и дератизации местности позволило избежать укусов клещей (для сравнения – в 2008 году отмечено 58 случаев).

# Непобедимая

Спорт и здоровый образ жизни помогают ей в трудной работе операционной медицинской сестры. «Главное – любить свою профессию! И быть отзывчивой к людям!» – считает Кадерия ЗАГИДУЛЛИНА.

Она живет в поселке Кукмор по соседству с Центральной районной больницей. Эта больница и есть ее жизнь. Даже отработав рабочий день, отстояв на ногах возле операционного стола до восьми операций в день, Кадерия Шарифулловна знает, что с домашнего дежурства ее в любой момент могут вызвать на экстренную операцию – по поводу травмы головы, полученной в ДТП, ножевого ранения в сердце, острого аппендицита. Такой ритм жизни под силу не каждому, но преодолевать усталость и стресс Кадерия Загидуллина предпочитает не на диване, переключая каналы телевизора, а на лыжне или плавательной дорожке бассейна.

Со спортом она дружила с детства. Занималась и лыжами, и спортивными играми, а при поступлении в Альметьевский физкультурный техникум ей зачлось то, что Кадерия Загидуллина на тот момент уже была чемпионкой района по толканию ядра. Да, она хотела посвятить свою жизнь спорту, но все ее мечты разрушились из-за болезни матери. Взяв академический отпуск, Кадерия ухаживала за ней. Часто приходилось приглашать медсестру, чтобы сделала матери очередной укол, и слышать в ответ: «Позже, я занята». И тогда девушка дала себе слово: «Я выучусь, стану медсестрой и никогда никому не откажу в помощи!» Эту клятву ей удалось сдержать, подтверждением чему служит победа Кадерии Загидуллиной в престижном республиканском конкурсе «Ак чэчкэлэр-2012» в номинации «Медработник года», на который ее выдвинули коллектив больницы и главный врач Кукморской ЦРБ Равиль Билалович Халиев.

Такие люди, как Кадерия Шарифулловна, действительно, редкость. Она уже шесть лет, как на пенсии, но продолжает работать старшей операционной сестрой с полной

нагрузкой. Кадерия Загидуллина является почетным донором, причем нередко ей приходилось вставать за операционный стол сразу после сдачи крови, например, при операциях по кесареву сечению, когда у женщин бывает большая кровопотеря.

Ведомая Кадерией Загидуллиной, сборная Кукморского района не раз занимала высокие места в командном зачете на различных спортивных состязаниях. Очередной успех пришел недавно на стадионе «Олимп» города Казани, где прошли финальные соревнования Спартакиады медицинских работников Республики Татарстан «Здоровье-2012». Команда Кукморского района заняла общее второе место среди сельских команд.

Сама Кадерия Загидуллина была первой в настольном теннисе, и как капитан привела волейбольную женскую команду на третью ступень пьедестала почета. А соперницы-спортсменки за медсестрой из Кукмора закрепили уважительное звание Непобедимая.

Но были времена, когда и в профессии, и в жизни приходилось учиться, преодолевать трудности. «В первые полгода на новом месте я все время смотрела, как работает операционная сестра Маргарита Николаевна Богомолова, помогала, расспрашивала, для какой операции какие инструменты нужны, – вспоминает Кадерия Шарифулловна, – записывала все в тетрадку. И однажды главврач Николай Матвеевич Николаев сказал мне: «Переводишься в операционную, работы будет много». Я быстро освоила асептику, антисептику, участвовала в плановых операциях. А моим настоящим боевым крещением стал такой случай. После рабочего дня поступил больной, попавший под поезд. Огромный полный мужчина лишился обеих ног, культы кровоточили. Я не знала, что делать. Мне объяснили – приготовь ампутационный нож, перекуси для промывания. Операция закончилась за полночь. Я собралась домой, а в санитарной комнате стоят две огромные





ноги в валенках. Я потом месяц в темноте оборачивалась – все казалось, что за мной идут эти ноги».

Теперь девические переживания позади, Кадерия Загидуллина сама учит молодежь, приходящую в ЦРБ после медучилища. Объясняет смысл красной черты в операционной, за которую медсестра может входить только в стерильном, как готовить инструменты, шовный материал, как считать салфетки до и после операции. Операционная сестра районной больницы должна уметь все, это в столице одни специализируются в неврологии, другие – по глазным болезням. В район приезжают на операции специалисты всех профилей, поэтому знать нужно много, постоянно учиться.

«Но главное – это любить свою профессию! И быть отзывчивой к людям!» – говорит молодым операционным сестрам Кадерия-апа. И рассказывает другой случай, когда ей пришлось держать в своих руках живое человеческое сердце. В больницу поступил больной с ножевым ранением в грудь. По какому-то странному закону природы экстренные и тяжелые больные имеют обыкновение поступать после окончания рабочего дня. Кадерия Шарифулловна только собрала инструменты, как ей говорят: «Кадерия-апа, не размывайтесь». Операцию делал Александр Анварович Ахметзянов. Она длилась очень долго – до 11 часов ночи. Больного перевалили в нужное положение, применили все доступные методики. И когда в ладонях медсестры сердце заработало – это было непередаваемое ощущение счастья.

К сожалению, немногие выпускники медицинского училища остаются в профессии, а тем более в операционной. Зарплата медсестры не так велика, а ответственности и труда много. Зато и благодарность пациентов тоже заслуженна.

Она как доктор лечит тело  
И как сестра излечит душу.  
Она врачует так умело,  
Умеет видеть, чутя, слушать...

Такие стихи посвящают пациенты Кадерии Загидуллиной. Ради таких мгновений стоит жить и работать.

Отдав все силы и время работе, Кадерия Шарифулловна не создала семью. Ее семьей стал коллектив районной больницы, радостями и заботами которого она живет постоянно. Кадерия Загидуллина не только старшая операционная сестра и спортивный организатор, она также отвечает за инфор-

мационное освещение. Стенгазеты, плакаты не только ведут летопись жизни ЦРБ, но и просвещают население района в области санитарии и гигиены, дают рекомендации, как избежать различных заболеваний, как вести себя в сложных ситуациях. Санбюллетени Кадерии Загидуллиной не раз становились лучшими на районных конкурсах. Сама она побеждала в республиканском конкурсе «Моя профессия – моя гордость» и в районном конкурсе «Лучшая медицинская сестра года». Так что успех на «Ак чэчэклар-2012» далеко не случаен.

Добившись столь многого в своей профессии, чего еще ждет от жизни Кадерия Загидулловова?

«Хочу работать, – отвечает она. – Благодарна судьбе за то, что нашла свое призвание. И немного боюсь того момента, когда все же придется оставить свое привычное место за операционным столом. Но, надеюсь, до этого еще далеко».



# Открытая душа

Лузия Сафарова - участковый врач-педиатр поликлиники детской больницы ГАУЗ «Бугульминская центральная районная больница», который лечит не только лекарством, но и душевным участием. А в рамках работы педиатрической нефрологической службы она объявила бой майонезам и кетчупам под девизом «Здоровая почка - здоровый ребенок».

«Главное в педиатрии - где бы ты ни работал - в стационаре или на участке - это открытая душа. К родителям, к детям. Если уж пациент открыл дверь, перешагнул порог твоего кабинета, он не должен быть оставлен без внимания, - считает победитель конкур-

са «Ак чэчэклар-2012» Лузия Сафарова. - Он должен получить помощь - направление, консультацию, иногда просто совет. Люди не обязательно по заболеванию приходят, бывает, они просто не знают, к кому обратиться, как им быть, и что делать».

Про Лузию Сафарову нельзя сказать, что она педиатром стала, или, что она на педиатра выучилась. Она педиатром выросла - настолько это был естественный процесс, начавшийся еще в детстве. Лузия всегда любила возиться с малышами. У нее было два младших брата, о которых она заботилась. А, начиная с седьмого класса, на каникулах подрабатывала в детском саду нянечкой, подменяя уходившую в отпуск маму. Уже тогда Лузия хотела лечить детей, видела себя в будущем только доктором.

В Казанский мединститут поступала трудно - два раза недобирала всего лишь 0,5 балла. Проявила упорство и смогла добиться своего на третий год. И все три раза поступала именно на педиатрический факультет. А между поступлениями приобрела ценный опыт организационной работы в райкоме комсомола.

В годы учебы Лузия Сафарова пришла в институтскую детскую клинику имени Менщикова - сначала на практику, а после третьего курса уже на законных основаниях работала медсестрой, как водится, в свободное от учебы время, по ночам и в выходные дни. А по окончании института

вместе с мужем Феликсом Анваровичем Сафаровым – выпускником того же факультета – была распределена в Центральную районную больницу города Бугульмы, где и работает уже 32 года.

У тех маленьких пациентов, которые были на участке молодого доктора Лузии Хамитовны Сафаровой в 80-х годах, уже появились свои дети, а у кого-то и внуки. Третье поколение бугульминцев вырастает под ее присмотром.

знают, не понимают, как это впоследствии скажется на здоровье ребенка. Другая крайность – чересчур продвинутые родители, которые – за естественное развитие ребенка, за грудное вскармливание, но категорически против прививок. И убедить их в том, что в нашем далеко не стерильном мире ребенок должен быть защищен, – это трудная задача.

«Родители теперь стали другими, – замечает Лузия Хамитовна, – раньше их

биохимический анализ крови. Сформированный регистр детей с уронефрологической патологией позволил проводить полноценный мониторинг заболеваемости, что дало возможность снизить этот показатель на участке Лузии Сафаровой.

Ею предложены основные направления по совершенствованию лечебно-профилактической помощи детям с врожденными пороками органов мочевой системы. В 2007 году в Бугульме начала функционировать нефрологическая педиатрическая школа «Здоровая почка – здоровый ребенок». Здесь в санаторных условиях дети проходят обследование, получают лечение и информацию о правильном образе жизни и питания.

«Для таких детей враг номер один – это специи и приправы, – объясняет Лузия Хамитовна. – Все, кроме зелени. Особенно вредны майонезы и кетчупы, которые нам постоянно навязывает реклама. Самые опасные ингредиенты в них – консерванты, в том числе уксус и соль. А усилители вкуса вызывают у детей привыкание, почти наркотическую зависимость. После них вся остальная пища кажется пресной и невкусной. А они мажут этими соусами все подряд. Но то, что помогает производителям повысить продажи, на детских почках сказывается плачевно».

Успешному развитию районной педиатрии способствует улучшение материальной базы, в кабинетах педиатров начинают появляться компьютеры, приобретается новая аппаратура, которая не только улучшает точность и надежность измерений, но и повышает авторитет врача и здравоохранения в целом в глазах родителей и детей.

Также важно, что коллектив детской больницы сформирован достаточно оптимально для сегодняшнего дня – есть и доктор со стажем, и вчерашние выпускники медуниверситета. Не секрет, что многие ЦРБ испытывают кадровые проблемы, но в Бугульму – красивый, старинный город с богатыми медицинскими традициями – молодежь ехать готова. Только в прошлом году в детской больнице приступили к работе трое выпускников КГМУ, что помогает сочетать свежие веяния и мудрость зрелых специалистов!

Будучи чутким, душевным, сердечным человеком, Лузия Хамитовна притягивает пациентов как магнит. «К такому доктору хочется приходить постоянно, здесь всегда можно получить нужный совет, даже тогда, когда руки уже совсем опускаются», – пишет мама маленькой пациентки Татьяна Моргачева.

В 2011 году по результатам опроса среди населения города Лузия Сафарова признана «Лучшим врачом-педиатром», в 2012-м – по результатам городского интернет-голосования – победителем в номинации «Лучший по специальности».



**Она педиатром выросла – настолько это был естественный процесс, начавшийся еще в детстве. Лузия всегда любила возиться с малышами. У нее было два младших брата, о которых она заботилась. А, начиная с седьмого класса, на каникулах подрабатывала в детском саду нянечкой, подменяя уходившую в отпуск маму. Уже тогда Лузия хотела лечить детей, видела себя в будущем только доктором.**

«Особого внимания, конечно, требуют дети до года, – делится опытом Лузия Хамитовна. – Рождаемость сейчас большая. Если, когда я начинала, у нас на участке их было 40 – 45, максимум 48, то сейчас 65. Материнский капитал сыграл свою роль, причем много рожают уже зрелые пары, заводят второго и третьего ребенка. Большинство из них осознанно подходят к рождению детей. Но есть два вопроса, которым приходится уделять много сил и времени, – грудное вскармливание и прививки».

Одна группа мамочек, особенно впервые рожавших, считает грудное кормление не обязательным, мол, незачем себя ущемлять, с молочными смесями проще решить этот вопрос, сохранив фигуру. Они не

проще было уговорить положить ребенка в стационар. Сейчас они предпочитают лечить ребенка дома не только при вирусных инфекциях, но даже при таких заболеваниях, как бронхиальная астма. Здесь на помощь педиатрам, обслуживающим население на дому, приходят новые аппараты, например, небулайзеры».

По инициативе главного врача детской больницы Елены Геннадьевны Башкировой и при активном участии Лузии Сафаровой в районе создана и активно функционирует педиатрическая нефрологическая служба. Дети с почечными диагнозами ставятся на диспансерный учет, раз в год обязательно проходят УЗИ мочеполовой системы, им проводят анализы мочи и

A close-up portrait of an elderly man with short, light-colored hair, wearing a light blue button-down shirt. He is sitting at a desk with an open book in front of him. The background is a bookshelf filled with books. One book on the left has a green cover with the title 'Большая книга афоризмов' (Big book of aphorisms) and a portrait of a man. The man has a serious expression and is looking directly at the camera.

# Жизнь в соответствии с долгом

Семь лет Фарид Хасбиуллинович Фаткуллин служил в армейской разведке, собирая сведения о Квантунской армии Японии. В мирной жизни ему довелось бороться с трахомой и туберкулезом, строить больницы, выстраивать систему медицинской профилактики, работе заместителем министра здравоохранения Татарии он отдал 27 лет.



### ВЫБИРАЯ ПРОФЕССИЮ

Фарида Фаткуллина в школьные годы прочили карьеру физика или математика. Точные науки давались ему легко, преподаватели одной из лучших в Казани 2-й гимназии на Булаке старались поддерживать в детях интерес к учебе. Способного мальчика учительница математики водила в университет для участия в олимпиадах. Но однажды он в популярном тогда журнале «Вестник знания» прочитал статью одесского профессора В. П. Филатова о лечении слепоты. Эта статья произвела на мальчика большое впечатление еще и потому, что его дед по матери ослеп после того, как его сшибла лошадь богатого купца.

В те времена слепота была отнюдь не редкостью, все регионы Поволжья были поражены эпидемией трахомы. Фарид Фаткуллин и предположить не мог, что именно ему в будущем в бытность замминистра здравоохранения ТАССР предстоит вступить в борьбу с грозным заболеванием, но уже тогда он понял, что хочет быть врачом.

Он стал интересоваться медициной, даже присутствовал однажды на операции профессора Филатова по поводу катаракты. Фаткуллина потрясло, как незрячего человека можно сделать зрячим. И по окончании школы он подал заявление в Казанский медицинский институт. Конкурс в вуз был огромный, но Фарид поступил, получил новенький студенческий билет и зачетку. А вот учиться ему не пришлось. Шел 1939 год, по всему миру нарастала напряженность, Германия вслед за Австрией и Чехословакией присоединила к себе и Польшу, на востоке Япония, оккупировавшая Северный Китай, вторглась в Монголию, разгорелся крупный советско-японский военный конфликт на реке Халхин-Гол. И Фарида Фаткуллина, как и многих его друзей-студентов – медиков, геологов, химиков – призвали в армию. Здесь он прослужил семь лет.



### В РАЗВЕДКЕ

Когда новобранцев привезли в Монголию, на месте боев у реки Халхин-Гол еще не были убраны трупы японских солдат. В Улан-Баторе недоучившихся студентов отделили от остального личного состава и поселили в бывшем буддийском монастыре. Они попали в состав Отдельного дивизиона особого назначения, который занимался всеми видами разведки, в том числе такой сложной, как радиоэлектронная. Молодых солдат учили обращаться с радиоаппаратурой, японскому языку, кодированию, азбуке Морзе и ее японскому аналогу, содержащему 56 знаков.

Обучение длилось целый год – это было настоящее элитное подразделение, в нем дешифровщиками работали несколько докторов наук. Через год началась служба, нужно было создавать разведывательные пункты по всей линии соприкосновения нашей армейской группы и японской Квантунской армии. Побывать довелось во многих монгольских городах – Багануур, Чойбалсан, Ундерхаан.

В Тибете в отрыве от основной базы пришлось порой проявлять чудеса находчивости для обычного выживания. Большие проблемы были с водой – в этих местах дожди не идут по несколько лет – и питанием. Приходилось порой идти на бартер с местным населением, чтобы добыть немного муки. Также стреляли диких коз из трофейного японского оружия, которого тогда было в избытке. В земле выкопали подобие печи, в которой поддерживали жар редкими местными веточками, и пекли мясо и хлеб. А в память о тибетских морозах на всю жизнь остались старшине Фарида Фаткуллину обмороженные ноги.

На Западе закончилась война с Германией, в августе 1945 года молниеносной операцией Красная армия разгромила японцев в Манчжурии, взяв исторический реванш за поражение в 1905-м. Многие солдаты и офицеры были демобилизованы и отправи-

лись домой. А Фарида Фаткуллину пришлось служить еще год – надо было передать свой опыт новобранцам. Таких специалистов было немного. Его хотели даже оставить в кадровой армии, но он стремился вернуться в медицину.

Любопытно, что знание языка и обычаев Страны восходящего солнца еще раз пригодилось Фарида Фаткуллину уже в гражданской жизни. В 60-х годах в Елабугу, где находились могилы японских военнопленных, приехала представительная делегация из Японии. Кроме родственников и служителей культа, в нее входили лица из МИДа и журналисты. Встречать и сопровождать ее доверили, разумеется, бывшему разведчику, а тогда замминистра здравоохранения республики Фарида Фаткуллину.

### ВОЗВРАЩЕНИЕ В ПРОФЕССИЮ

С 1947 года Фарид Фаткуллин продолжил обучение в КГМИ на лечебном факультете. Учиться было нелегко, но бывший военно-служащий находил в себе силы заниматься еще и общественной работой. Он был избран в профком, активно проявил себя в парторганизации, был председателем участковой избирательной комиссии. Закончил институт по специальности «хирургия» в 1952-м – через 13 лет после поступления.

Четыре года проработал хирургом в 7-й городской больнице (на ул. К. Маркса), а в 1956 году Фарида Фаткуллина вызвали в обком. Первый секретарь обкома Зиннат Ибятвич Муратов, учитывая большой опыт общественной работы и организаторский талант, предложил ему должность заместителя министра здравоохранения ТАССР. У молодого врача были свои планы, он собирался учиться, поступать в ординатуру по хирургии. Но Муратов настоял: «Мы тебя сами пошлем на учебу». И через два года Фаткуллина, действительно, послали в Москву на 4-месячные курсы для министров



и заведующих облздравотделами.

Так Фарид Хасбиуллиевич стал замминистра и проработал на этой должности 27 лет. Министром здравоохранения в то время был Михаил Иванович Грачев - участник войны, очень грамотный специалист и хороший организатор. Он поручил новому заместителю вопросы по лечебной части. В ведении Фаткуллина попали все больницы, поликлиники, диспансеры республики - вся организация лечебной работы. И при этом какое-то время он еще продолжал работать хирургом.

А ситуация со здоровьем населения в послевоенные годы была напряженная. Сказывались бедность, плохое питание, недостаток медицинских кадров и аппаратуры. Доходило до того, что призванных перед отправкой в армию собирали в специальные лагеря, чтобы подкормить и нарастить мышечную массу. Повсеместным явлением были туберкулез и костный туберкулез, встречались чума и холера, для размещения больных дизентерией приходилось разворачивать щитовые дома, поскольку инфекционных больниц не хватало. Но бичом всего Поволжья, на борьбу с которым были брошены основные силы, являлась трахома.

## БОРЬБА С ТРАХОМОЙ

Трахома - это хроническое инфекционное заболевание глаз, которое может вызвать рубцевание конъюнктивы, хряща век и полную слепоту. Восприимчивость к этой болезни всеобщая и высокая. Иммуנית после перенесенного заболевания не вырабатывается. Одним из основных условий ликвидации трахомы является раннее выявление и лечение всех больных, соблюдение здоровыми необходимых мер профилактики.

В Татарстане на борьбу с трахомой были брошены серьезные силы. Здесь разместили первый в мире Казанский научно-исследовательский трахоматозный институт им. Е. В. Адамюка (теперь Республиканский

офтальмологический диспансер). Крупные глазные клиники при соответствующих кафедрах имели мединститут и ГИДУВ. Руководили ими профессора А. Н. Мурзин и М. М. Зубаиров.

Сотрудники кафедр и клиник комплексными бригадами выезжали в районы и проводили обследования населения. Большое содействие оказывали райкомы партии - ведь каждый председатель колхоза заинтересован, прежде всего, в своем хозяйственном деле, а приходилось прерывать работу, отвлекать людей. Одновременно готовили врачей и средний медицинский персонал. Даже десятиклассников после нескольких месяцев обучения направляли выявлять больных, проводить необходимые процедуры - закапывать капли и смазывать глаза мазью с антибиотиками.

ТАССР одной из первых в Советском Союзе ликвидировала трахому как массовое заболевание. Ее опыт вскоре оказался востребован, и Фарид Хасбиуллиевич Фаткуллин, теперь уже заслуженный врач РСФСР, представлял его на многочисленных конференциях от Красноярска до Минска. Министр здравоохранения СССР Сергей Владимирович Курашов, сам выходец из Татарии, предложил Фаткуллину пост министра здравоохранения Киргизии. Но от нового шага вверх по служебной лестнице его удержала жена...

## СЕМЬЯ

Их знакомство вполне могло бы стать эпизодом художественного фильма. Начинающий талантливый врач с заметной выправкой долго служившего в армии человека приезжает к родственникам в поселок на живописном волжском берегу. На пляже во время внезапно налетевшего шторма он помогает растерявшейся красивой девушке собрать сопровождаемых ею малышей и укрывает их от опасности и непогоды, переворачивая оказавшийся здесь же баркас. А после на том же баркасе отвозит домой. По всем законам романтического жанра здесь не избежать хеппи-энда в виде свадьбы и совместной жизни душа в душу. Что, собственно, и произошло.

Ракия стала Фариду Фаткуллину хорошей и мудрой женой, родила сына и дочь, которые впоследствии пошли по стопам отца и стали известными специалистами. Ильядр сегодня заведующий кафедрой акушерства и гинекологии КГМУ, доктор медицинских наук, профессор. Дочь Эльмира - эндокринолог в институте им. Сербского в Москве.

Сама Раиса Абдрахмановна (так звали Ракию коллеги) стала уважаемым специалистом, доцентом одного из лучших технических вузов России - Казанского авиационного института. Ее - единственную из Казани - послали на стажировку в Америку, в Джорджтаунский университет Вашингтона. И когда Фаткуллину предложили возглавить министерство здравоохранения Киргизии, при всей строгости тогдашней вертикали власти центру пришлось учесть, что специа-

листу такого уровня, как Раиса Абдрахмановна, в Средней Азии работы нет.

## КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

С 1901 года в столице, одним из первых, издавался «Казанский медицинский журнал». Выпуск прервала Великая Отечественная война. В послевоенные годы профессор Абубакир Гиреевич Терегулов и ректор КГМИ Рустам Аллямович Вяселев выдвинули идею возрождения журнала.

Идею поддержали Минздрав ТАССР и обком, 25 марта 1957 года Бюро ЦК КПСС по РСФСР приняло решение о возобновлении издания тиражом 3000 экземпляров с шестью номерами в год. По этим вопросам в первых числах июля 1957 года профессор Терегулов и замминистра Фаткуллин выехали в Москву для встречи с Сергеем Владимировичем Курашовым, который был тогда министром здравоохранения РСФСР. Несмотря на свою занятость, Сергей Владимирович всегда охотно принимал казанцев, и этот визит не стал исключением. Ознакомившись с предложением о возрождении журнала, он активно поддержал эту идею, и уже 4 июля 1957 года Курашовым была утверждена штатная структура. Ответственным редактором был назначен профессор Терегулов, а Фарид Хасбиуллиевич долгие годы входил в редакционный совет журнала и был его постоянным автором, опубликовав около 30 работ по вопросам эпидемиологии, опыту борьбы с трахомой, по организации здравоохранения.

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

Фарид Хасбиуллиевич уже давно на пенсии, ему исполнился 91 год, но он постоянно интересуется успехами нынешнего здравоохранения, радуется росту технической оснащенности медицины, строительству новых больниц. Но в некоторых вопросах мнение опытного организатора здравоохранения не совпадает с концепциями нынешних руководителей:

- При всем уважении к техническим возможностям современной медицины, система советского здравоохранения была самая лучшая. Сегодняшний крен в сторону частной и платной медицины ориентирует на прибыль, а прибыльно - лечение, и чем тяжелее заболевание - тем оно более дорогостоящее. А основой здравоохранения должна быть профилактика, которая, в общем-то, прибыли не приносит, но помогает человеку оставаться здоровым.

Советская система здравоохранения строилась на огромном внимании к низовому звену - участковому, поликлиническому - на плечи которого ложится основная тяжесть профилактической работы с населением, выявления заболеваний на ранних стадиях. Сегодня в районах остались ЦРБ и 1 - 2 амбулатории. Во многом утрачены традиции диспансерных осмотров, прививочная система перестала быть всеохватной. Это необходимо возродить.

Радует, что в республике наконец-то взялись за ремонт поликлиник, врачебных амбулаторий и строительство новых ФАПов.



**Энвер БОГДАНОВ**,  
заведующий кафедрой неврологии  
и реабилитации КГМУ, руководитель  
неврологической службы РКБ, заслуженный  
врач РТ, профессор, д.м.н.



**Равиль МУХАМЕДЗЯНОВ**,  
врач-невролог РКБ,  
ассистент кафедры неврологии  
и реабилитации КГМУ

# Глобализация и ЭТИКЕТ

## На Западе не бывает врачей в плохом расположении духа

**Побывав в США, Германии и Англии, казанские медики увидели, что формализация общения улучшает эффективность медицинской помощи, глобализация сделала доступными для самостоятельного изучения новейшие технологии. В обучении за границей ведущую роль играют мотивация, знание языка и командная работа.**

### СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Энвер БОГДАНОВ:

- Я многократно бывал в США, Германии и Англии и, обобщая свои впечатления, выделяю как главное достижение то, что на Западе медикам удалось добиться отсутствия личных отношений между пациентом и врачом. У них это часть производственного процесса, нацеленного на достижение максимального эффекта. Общение с больным строится на обязательном позитиве, полностью исключаются демонстрация плохого настроения, раздражительность. Человек, проявляющий эти качества в отношениях с пациентами или коллегами, просто не может стать врачом.

Конечно, это связано с высокой селекцией врачей, с большой стоимостью образования, значительной заработной платой. Раздражительных людей можно встретить среди таксистов или служащих аэропортов, но среди медицинских работников это исключено.

Неизбежная при формальных безличностных взаимоотношениях сухость нивелируется этикетом. И хотя всем известная американская улыбка русским кажется фальшивой, именно такой стандарт отношений позволяет эффективно работать врачу, принимающему 25 пациентов в день.

Технологические новшества внедрять легко, менять стиль общения - гораздо труднее.

Еще в советские времена в ведущих медучреждениях Татарстана производился технический апгрейд, но чтобы стать медицинским центром мирового уровня, необходима еще и соответствующая идеология.

Пациенты на Западе тоже ведут себя более ответственно. У нас часто смотрят на врача как на объект, от которого в силу бесплатности нашей медицины следует взять как можно больше - нужно это тебе или не нужно. Это тоже осложняет нашу работу и вызывает некоторое душевное истощение. Стиль общения врача и пациента должен строиться на сотрудничестве. Таких иностранных лозунгов, что «кто-то всегда прав», на

Западе нет. Прав тот, кто ближе к истине в деле диагностики и лечения.

### ПЕРЕНИМАЯ СТАНДАРТЫ

#### Равиль МУХАМЕДЗЯНОВ:

- Мое обучение за рубежом разрасталось как снежный ком. Проходя очередную стажировку и обрстая новыми связями, я получал еще более широкие возможности. Был в Египте, Австрии, США. А кульминацией процесса стала семимесячная стажировка в Лондоне по гранту от Европейской ассоциации неврологов. Образование очень насыщенное - параллельно в нескольких местах идут лекции, практические занятия, операции. Для того чтобы справиться с таким потоком информации, очень важно правильно составить свое расписание.

#### Энвер БОГДАНОВ:

- У глобализации много различных последствий, но в отношении здравоохранения в России - это дело, безусловно, хорошее. Унификация медицины дает возможность легко перенимать стандарты высокого уровня. Сами мы их еще не выработали, но это уже сделали лучшие эксперты в данной области, использование их опыта позволяет исключить самодеятельность, эксперименты, самодурство и т. п.

Глобализация дает огромные возможности для образования, самообразования, освоения новых методик. Медицинское обучение на Западе предполагает знание английского языка. В Германии - в стране, которая, на мой взгляд, сделала больше всех в области медицины в мире, - лучшие журналы выходят на английский язык. Подобная унификация позволяет всем идти в ногу, быстро обмениваться информацией, осваивать новое.

И этим надо пользоваться. New England Journal of Medicine - один из ведущих и американских медицинских журналов, флагман доказательной медицины - для России в Интернете в бесплатном доступе. Для других стран подписка стоит 400 - 500 долларов. Есть множество фильмов, которые показывают нюансы технологий, и для восприятия которых часто даже не надо знать язык.

### ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ

#### Энвер БОГДАНОВ:

- Интенсивность и сама длительность медицинского образования в Америке значительно выше. Обучение в университете - это всего четыре года, но они не включают ни физику, ни философию - все это уже пройдено в школе. Поэтому курс нервных болезней длится три месяца, а не 15 дней, как у нас при шестилетнем обучении. Фундаментальные дисциплины преподаются в клиническом аспекте. Так, директором курса нейроанатомии на кафедре анатомии в Рочестерском университете является завкафедрой неврологии. Он определяет, что давать, а что не давать анатомам. На выходе образовательного процесса должен получиться врач, а не преподаватель анатомии.

После окончания университета четыре года продолжается резидентура по своей специ-

альности. Работают очень интенсивно - с семи утра до семи вечера. К нам на кафедру приезжают в резидентуру американские студенты и демонстрируют иногда поразительно хорошую подготовку.

#### Равиль МУХАМЕДЗЯНОВ:

- У нас за образовательный процесс отвечает только преподаватель. А на Западе хорошо развита работа в команде. Со студентами младших курсов занимаются старшекурсники, с ними, в свою очередь, - ординаторы, над ними стоят старший ординатор и консультант. Они так и в госпиталь приходят - по очереди. Сначала младшекурсники, потом их проверяют старшие, и уже к 9 - 10 часам появляется консультант и разрешает накопившиеся вопросы. Эта система очень эффективна.

Обязательны еженедельные общие сборы - кафедральные или отделенческие, раз в месяц - общегоспитальный или межгоспитальный. На них разбираются интересные случаи, которые представляет команда того или иного консультанта. Они не обязательно должны

разбирать все истории болезни и приводят их в соответствие с требованиями страховых компаний. Потому что они не простят больнице ненужную манипуляцию, неоправданное дорогое обследование или же, наоборот, дорогое обследование, которое не было выполнено. Компания стоит на страже интересов пациента, с которым связано ее финансовое благополучие.

А российские больные, которые, найдя в Интернете адрес клиники, самостоятельно едут в Германию на лечение, не являются страховыми больными. И почти еженедельно, изучая выписки из немецких медицинских центров, я вижу, сколько избыточных назначений делают им врачи.

В Англии совсем другой подход - это фактически советская система бесплатной государственной медицины. Она очень хороша тем, что у всех есть доступ к любой высокотехнологичной помощи. Обратная сторона этого - очереди, в поликлинику, на обследование, на лечение. Принятие решений по дорогостоящим видам медицинской помощи и пре-

---

**Общение с больным строится на обязательном позитиве, полностью исключаются демонстрация плохого настроения, раздражительность. Человек, проявляющий эти качества в отношениях с пациентами или коллегами, просто не может стать врачом.**

---

иметь законченный и объясненный вид, в конце презентации диагноз может быть совершенно не ясен, но сам процесс поиска полезен всем, в том числе и больному, который получает всестороннее обследование.

У нас такое общение мало развито, потому что требует дополнительных усилий, затрат личного времени, а мотивация низкая. Также заметна большая разница в отношении к авторитетам - не всегда на таких разборах наших светил спрашивают об их мнении, они выступают по желанию. Или не выступают вообще и чувствуют себя комфортно и спокойно. На Западе консультанты сидят в первом ряду, в любой момент ведущий может поинтересоваться их мнением, им нужно быть в курсе происходящего и новостей по своей специальности, постоянно доказывать право называться экспертами.

### МЕДИЦИНА ДЛЯ СВОИХ, МЕДИЦИНА ДЛЯ БОГАТЫХ

#### Энвер БОГДАНОВ:

- Мне больше всего импонирует немецкая система, которая полностью основана на страховой медицине. Даже самую тяжелую неврологию - инсультную - берут на себя страховые компании. Лечение проводится обычно в университетских госпиталях, хорошо оснащенных крупных больницах. А процесс реабилитации в большинстве случаев проходит в частных реабилитационных центрах, которые за меньшую цену предоставляют большие возможности.

Другой стороной страховой медицины является то, что руководство клиники и все специалисты еженедельно по многу часов

паратам проводится коллегиально, не одна подпись нужна, для того, чтобы их получить.

#### Равиль МУХАМЕДЗЯНОВ:

- К пациентам в Англии отношение очень уважительное. Бросается в глаза, что довольно много людей, которым за 90, и их окружают заботой и врачи, и родственники. Но есть и такая вещь, как лист ожидания. У пациента может быть опухоль - но он в листе ожидания, ждет, когда подойдет его очередь на операцию или томографию. Если хочешь быстрее, то надо платить.

#### Энвер БОГДАНОВ:

- Американское здравоохранение гораздо сильнее европейского, у него значительно больше возможностей, оно технологичней и эффективней. Но для тех, кто имеет неограниченные средства по страховке. Такие пациенты пользуются самыми высокими достижениями медицинской науки. За счет получаемых от них больших денег медицина бурно развивается. Но, с другой стороны, пациенты знают, что получить интенсивную терапию в течение 10 дней в госпитале - значит, по финансам фактически вылететь в трубу, это стоит иногда десятки тысяч долларов в сутки.

Тех, кто не обладает возможностью оплатить такое лечение или не имеет страховок вообще, больница принимает только на три дня. За это время для пациента делается максимум, но по истечении срока клиника не имеет права оказывать помощь, и если у больного нет семьи, его чуть ли не с трубами и катетерами на коляске вывозят - на попечение благотворительных организаций.

Журнал издается при поддержке  
Министерства здравоохранения  
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

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

Менеджер по рекламе и PR  
**Диана ХАСАНОВА**  
diana.hasanova@healthynation.ru

Коммерческий отдел  
reclama@healthynation.ru

Использованы фото: с порталов  
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,  
Ростислава Туишева, Наиля Лемешева,  
Игоря Тутаева, Михаила Тарасова.

Учредитель и издатель - 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,  
УЧРЕДИТЕЛЯ И ИЗДАТЕЛЯ:  
420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 146.  
Тел. редакции:  
+7 987 290 12 21  
+7 987 290 50 38

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

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

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

Все товары сертифицированы,  
услуги лицензированы.

Номер заказа И-2370.  
Тираж 3000 экз.  
Подписано в печать 09.08.2012.  
Отпечатано в типографии  
ООО «КПК-Принт»,  
г. Казань, пр. Ямашева, д. 36, корпус 2.  
Распространяется бесплатно.



## INDEX КОМПАНИЙ

**Казанский филиал ООО «АВА-ПЕТЕР»**  
Центр планирования семьи и репродукции  
420073, г. Казань, ул. Гвардейская, д. 52/2.  
Тел.: (843) 295-60-06, 295-60-46.  
[www.avapeter.ru](http://www.avapeter.ru)

**ООО «Антей-Мед»**  
198097, г. Санкт-Петербург,  
проспект Стачек, д. 47, литер Е.  
Тел./факс: (812) 640-07-50; (495) 640-07-50.  
e-mail: [inbox@anteymed.ru](mailto:inbox@anteymed.ru)  
[www.anteymed.ru](http://www.anteymed.ru)

**ЗАО «Аркадис Медикал Групп»**  
123290, г. Москва, 1-й Магистральный тупик,  
д. 5а, БЦ «Магистраль плаза», блок D, 4-й этаж.  
Тел./факс: (495) 380-28-47.  
e-mail: [info@arcadis.mg](mailto:info@arcadis.mg)  
[www.arcadis.mg](http://www.arcadis.mg)

**ООО «АРФЕН»**  
420107, г. Казань,  
ул. Островского, д. 67, офис 402.  
Тел.: (843) 296-38-93.  
Тел./факс: (843) 233-00-44.  
e-mail: [client@arfen.ru](mailto:client@arfen.ru)  
[www.arfen.ru](http://www.arfen.ru)

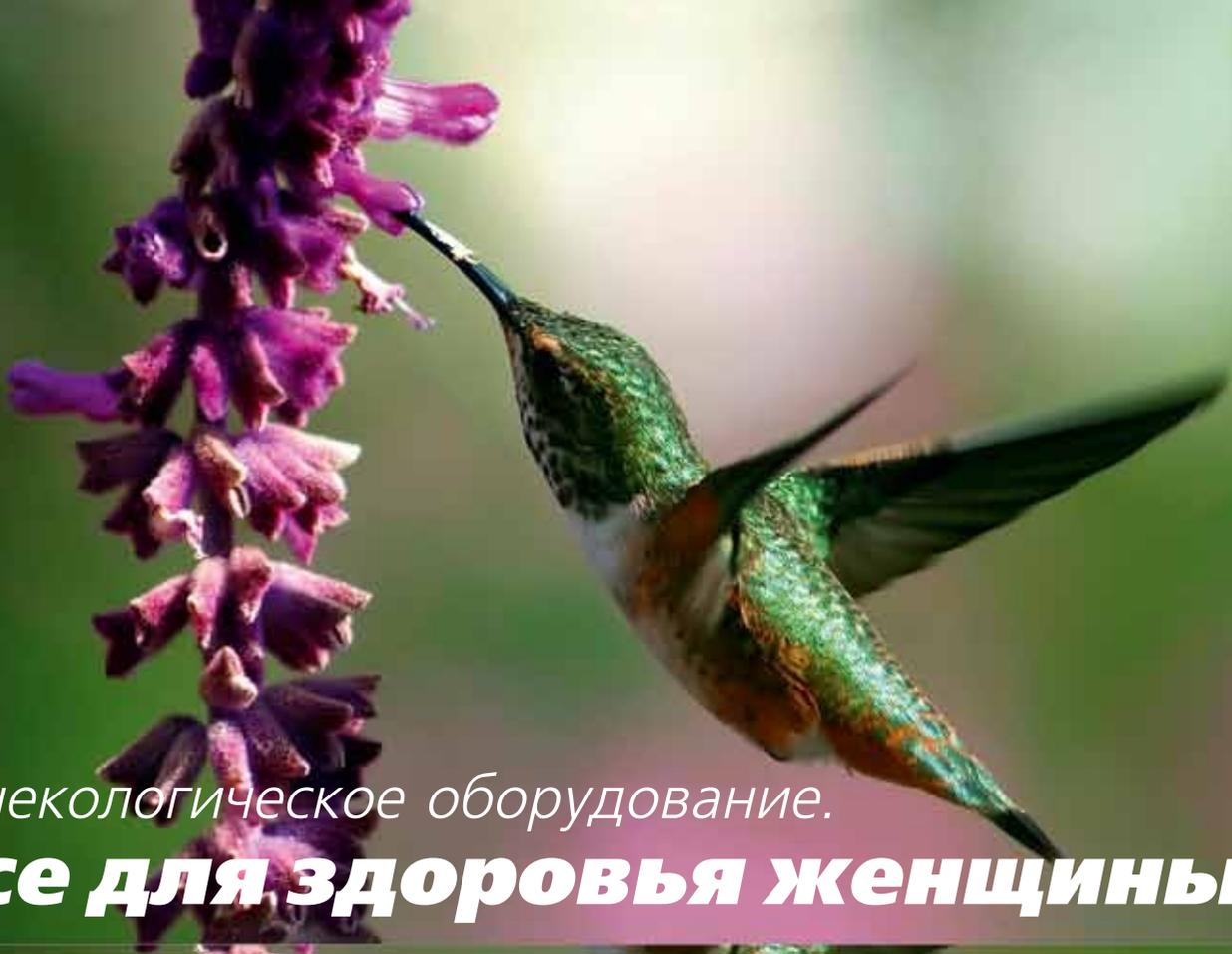
**ООО «Джонсон & Джонсон»**  
121614, Россия, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 2.  
Тел.: (495) 580-77-77.  
Факс: (495) 580-78-78.  
[www.jnj.ru](http://www.jnj.ru)

**ЗАО «Компания Киль-Казань»**  
420138, г. Казань, проспект Победы, д. 18.  
Тел./факс: (843) 261-93-72, 261-93-82, 261-93-92,  
261-68-86, 268-66-55, 268-65-66.  
e-mail: [kiel-kazan@yandex.ru](mailto:kiel-kazan@yandex.ru)  
[www.kiel-kazan.ru](http://www.kiel-kazan.ru)

**ЗАО «Медиэйс»**  
Официальный дистрибьютор Самсунг Медисон.  
127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3.  
Тел.: (495) 921-39-81, 785-72-20.  
e-mail: [Info@medison.ru](mailto:Info@medison.ru)  
[www.medison.ru](http://www.medison.ru)

**ОАО «Татхимфармпрепараты»**  
420091, г. Казань, ул. Беломорская, д. 260.  
Тел.: (843) 526-97-05.  
Факс: (843) 571-85-38.  
e-mail: [marketing@tatpharm.ru](mailto:marketing@tatpharm.ru)  
[www.tatpharm.ru](http://www.tatpharm.ru)





# Гинекологическое оборудование. Все для здоровья женщины

**Кольпоскопы МК-300, МК-200.** Решения для гинекологического кабинета и клиники



МК-200 помогает решить широкий спектр задач в гинекологии. Трансляция изображения на экран ПК, полностью совпадающего с наблюдаемым через окуляры. Высокое качество видео и фото, 5 стандартных масштабов увеличения и огромные возможности программной обработки. МК-300 - компактный, удобный в обращении, надежный прибор. Высококачественная просветленная конвергентная оптика и мощный светодиодный (LED) источник света создают превосходное стереоскопическое качество изображения. Кольпоскопы комплектуются цифровой видеосистемой и программным обеспечением «MEDVisor».

**Гистероскоп Alphасcope (Johnson & Johnson).** Минигистероскопия в условиях амбулатории



Выполняет широкий спектр диагностических и лечебных мероприятий (удаление полипов, пересечение внутриматочных синехий, извлечение внутриматочных контрацептивов). Небольшой наружный диаметр гистероскопа позволяет выполнить большинство диагностических процедур без расширения цервикального канала. Нет необходимости в анестезии и в госпитализации пациенток.

**Гистерорезектоскоп Versapoint (Johnson & Johnson).** Электрохирургия в гинекологии



Биполярная гистероскопическая система, предназначенная для осуществления прямой визуализации полости матки и доступа в полость матки для выполнения хирургических манипуляций - для разреза тканей, удаления и десикации при гинекологических операциях, для лечения внутриматочных миом, полипов, синехий, перегородки и доброкачественных состояний, когда необходима абляция эндометрия.

**Кресло гинекологическое «Клер».** Удобство для врача и пациенток



Электромеханическое кресло для гинекологических, урологических осмотров и манипуляций оснащено в разных модификациях одним, двумя или тремя надежными и бесшумными электроприводами DEWERT (Германия), предназначенными для регулировки высоты кресла, спинной и тазовой секций, соответственно. Предусмотрена независимая регулировка углов наклона спинной и тазовой секции, положение Тренделенбурга. Мягкие опоры по Геппелю регулируются по высоте и углу поворота. Материал и конструкция кресла удобны для санитарной обработки.

**Электрохирургические блоки с аргоноусиленной коагуляцией «ФОТЕК».** Все преимущества радио-волновой и высокочастотной электрохирургии



Многофункциональный монополярный широкополосный радиоволновой аппарат с режимами резания и аргоноплазменной коагуляции. Предназначен для эффективной хирургии паренхиматозных органов, остановки обширных капиллярных кровотечений, абляции поверхностных новообразований. Оснащен двумя монополярными выходами с независимой регулировкой мощности: универсальный и выход «Ассистент» - для бесконтактной и контактной коагуляции и резания.



## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛАЗЕРНЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ГИНЕКОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ



Реклама. Рег. удост. ФС №2003/61 с 31 января 2003 г. до 31 января 2013 г.

ЗАО «АРКАДИС МЕДИКАЛ ГРУПП»

123290, г. Москва, 1-й Магистральный тупик, 5а, БЦ «Магистраль плаза»  
+7 (495) 380 28 47 / [www.arcadis.mg](http://www.arcadis.mg)